

c 3289

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

BEGRÜNDET VON PAUL BÖRNER · FORTGEFÜHRT VON JULIUS SCHWALBE
ORGAN DER BERLINER MEDIZINISCHEN GESELLSCHAFT, DES VEREINS
FÜR INNERE MEDIZIN BERLIN UND ANDERER GESELLSCHAFTEN

SCHRIFTFLEITUNG

REINHARD VON DEN VELDEN · ARTUR PICKHAN

BERLIN W 62 · KEITHSTRASSE 5

VERLAG GEORG THIEME

LEIPZIG C 1 · ROSSPLATZ 12

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der in dieser Zeitschrift zum Abdruck gelangenden Beiträge sowie ihre Verwendung für fremdsprachliche Ausgaben vor

NUMMER 29

FREITAG, DEN 21. JULI 1933

59. JAHRGANG

Aus der Universitäts-Frauenklinik Göttingen. Direktor: Prof. Heinrich Martius

Die Indikationen zum Abortus artificialis¹

Von H. MARTIUS

Über die künstliche Beseitigung der Schwangerschaft ist in den letzten Jahren von Ärzten, Juristen, Erbforschern, Vertretern der Wohlfahrtspflege, Politikern, Theologen u. a. sehr viel gesprochen und geschrieben worden, woraus deutlich hervorgeht, daß diese wichtige Gegenwartsfrage weit über das rein Ärztliche hinausgegangen ist. Wenn ich hier über die jetzt geltende *frauenärztliche* Auffassung der Berechtigung des Abortus artificialis zu berichten habe, so werde ich mich dabei auch nicht auf das Medizinische beschränken können. Denn die bloße Aufzählung und Erläuterung der sehr mannigfaltigen medizinischen Indikationen zur Interruptio graviditatis würde sehr ermüdend wirken und wohl auch kaum dem entsprechen, was Sie von meinen Ausführungen erwarten.

Wer sich für die Praxis und für den einzelnen Spezialfall über die medizinische Notwendigkeit und Berechtigung zur Schwangerschaftsbeseitigung informieren will, dem empfehle ich als Nachschlagewerk das ausgezeichnete Buch von WINTER, Königsberg, das im Jahre 1932 im Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart, „über den künstlichen Abort, seine Indikationen und Methoden für den geburtshilflichen Praktiker“ erschienen ist. In diesem Buch hat WINTER, gemeinsam mit NAUJOKS, Marburg, sämtliche vorkommenden Indikationen zur Graviditätsbeseitigung zusammengestellt und ausführlich erörtert und darin nicht nur seine eigenen großen Erfahrungen zum Ausdruck gebracht, sondern auch eine von ihm veranstaltete *Umfrage* bei den deutschen akademischen Lehrern der Frauenheilkunde verarbeitet, und wir erkennen aus dem Ergebnis dieser Umfrage, um das gleich vorwegzunehmen, daß unter den wissenschaftlichen Vertretern unseres Faches wesentliche Meinungsverschiedenheiten über die medizinische Seite der verschiedenen von mir zu erörternden Fragen augenblicklich nicht vorhanden sind.

Ich selber werde deshalb auf die aus *medizinischen* Gründen ausgeführte Graviditätsbeseitigung nur *beispielsweise* eingehen, und zwar nur aus der Fragestellung heraus, *wieweit die sozialen Momente in die medizinische Indikationsstellung hineinspielen*. Außerdem werde ich mich über die *eugenische Indikation* und die *Notzuchtindikation* zum Abortus artificialis äußern

und schließlich die Frage der rein *sozialen Indikation* zu besprechen haben.

Die medizinische Indikationsstellung für den künstlichen Abort hat in den letzten Jahrzehnten eine entschiedene Wandlung erfahren. Während man früher nur in einer *unmittelbaren* Gefahr für das Leben der Frau die Berechtigung zu diesem Eingriff sah, wurde die „akute vitale Indikation“ allmählich auf Grund der zunehmenden ärztlichen Erfahrung, der verbesserten Diagnostik und wissenschaftlichen Erforschung der Schwangerschaftsveränderungen des Gesamtorganismus und deren Einwirkung auf den Verlauf von komplizierenden Erkrankungen zu einer *mehr prophylaktischen Indikationsstellung* umgewandelt. Man verlangte aber noch ausdrücklich, daß die Entschlüsse nur *rein medizinisch* gefaßt werden dürften und von allen sozialen Erwägungen befreit werden müßten.

So betont WINTER doch in seinem im Jahre 1918 erschienenen *ersten* Buch über die Indikationen zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft (Verlag Urban & Schwarzenberg, Berlin-Wien) auf Seite 5, daß „ungünstigen sozialen Verhältnissen eine lebende Frucht nicht zum Opfer gebracht werden darf, wenn die Krankheit an sich den künstlichen Abort nicht rechtfertigt“, und daß unbedingt dahin gestrebt werden müsse, „die Indikationsstellung der sozialen Nebenumstände vollständig zu entkleiden, und sie zu einer rein medizinischen zu machen“. In dem eingangs erwähnten neueren Buch formuliert WINTER seinen Standpunkt dagegen so, „daß die Mitwirkung sozialer Gründe bei der Aufstellung einer medizinischen Indikation nicht abgelehnt werden könne“.

An der Gegenüberstellung dieser beiden Äußerungen sehen wir besonders deutlich, wie sich die Auffassung geändert hat, und zwar zweifellos nicht zum mindesten *angesichts der Zunahme der sozialen und wirtschaftlichen Not*, die auch im Einzelfall zu bekämpfen heute ganz unmöglich ist, so sehr sich auch der Arzt selber bei den zuständigen Stellen für die soziale Erleichterung der notleidenden Familie mit allen Kräften einsetzen mag; Notzustände, die dem praktizierenden Arzt heute Tag für Tag in so erschreckendem Ausmaß entgegentreten und unter unseren Augen oft zu kriminellen Eingriffen mit den

¹ Vortrag, gehalten am 20. III. 1933 im Ärztlichen Verein in Hannover.

bekanntem Leben und Gesundheit bedrohenden Abtreibungsschäden führen.

Für die Berücksichtigung der *sozialen Nebenumstände* ist meines Erachtens die Aufstellung und Sanktionierung des besonderen Begriffes einer „*kombinierten sozialen und medizinischen Indikation*“ keineswegs vonnöten. Wir sind in unserer ärztlichen Tätigkeit und in den Ratschlägen, die wir den Patienten geben, bei der heutigen wirtschaftlichen Lage unseres Volkes fast immer gezwungen, die sozialen Verhältnisse der Kranken mit in Rechnung zu stellen. Wenn wir den Kranken Verordnungen machen, die sie aus äußeren Gründen doch nicht durchführen können, so geben wir einen schlechten Rat.

Das gleiche gilt auch für die Entscheidung, ob die Gravidität bei einer kranken Frau erhalten werden kann oder geopfert werden muß, sodaß wir, ganz allgemein formuliert, den Abortus artificialis für berechtigt ansehen, wenn unter Berücksichtigung der sozialen Verhältnisse bei Erhaltung der Gravidität eine schwere Gefahr für die Gesundheit und das Leben der Patientin nicht abgewendet werden kann. Daß bei einer gründlichen Begutachtung des Falles die äußeren Momente mitzusprechen haben, ist als etwas Selbstverständliches anzusehen. In Wirklichkeit haben wir auch schon immer so verfahren, ohne dadurch die strenge medizinische Indikationsstellung etwa zu gefährden.

Um die Verteilung der verschiedenen Indikationen zum Abortus artificialis bei einem größeren Material zu veranschaulichen, zeige ich Ihnen eine Aufstellung, aus der die Zahl der an meiner Klinik ausgeführten Schwangerschaftsunterbrechungen in den Jahren 1919 bis 1932 hervorgeht.

Bei 15 870 Aufnahmen auf der gynäkologischen Station wurden 135 Schwangerschaftsunterbrechungen vorgenommen, im ganzen also 0,85% der gynäkologischen Fälle, und zwar im einzelnen:

	Fälle
Wegen Tuberculosis pulmon.	63
„ Spondylitis tuberculosa	2
„ Vitium cordis und Kreislaufstörungen	24
„ Nephropathie	18
„ Hyperemesis gravidarum und anderen Toxikosen	9
„ Basedow	2
„ Diabetes	1
„ multipler Sklerose	2
„ Psychosen	4
„ Enzephalitis	1
„ Uterus myomatosus	6
„ Carcinoma portionis	3

Gemessen an dem gynäkologischen Gesamtmaterial hat sich die Zahl der Unterbrechungen im wesentlichen immer in denselben Grenzen gehalten. Daraus möge entnommen werden, daß die Art der Indikationsstellung, auch was die Berücksichtigung der sozialen Momente anbetrifft, in der Berichtszeit stets dieselbe geblieben ist.

Was nun den Einfluß der Lebensbedingungen der Patienten auf unser Handeln anbetrifft, so tritt dieser Einfluß wohl am stärksten bei der *Lungentuberkulose* hervor. Es hat sich in den letzten Jahren immer deutlicher gezeigt, daß auch in der Schwangerschaft die Heilstättenbehandlung in Gemeinschaft mit der modernen Lungenkollapstherapie in vielen Fällen unentbehrlich ist und bei konsequenter Durchführung Hervorragendes leistet. Die Heilstättenbehandlung hat sich aber aus verschiedenen äußeren Gründen während der Schwangerschaft bisher nicht in allen dazu geeigneten Fällen durchführen lassen. Wenn man dann zu Hause der Patientin nicht die notwendige Entlastung von der Hausarbeit zukommen lassen und für die Pflege und Ernährung sorgen kann, die bei dem bestehenden Lungenbefund als unerlässlich angesehen werden muß, so bleibt nichts anderes übrig, als die Gravidität zu opfern, die bei der Heilstättenbehandlung vielleicht erhalten werden könnte.

SCHRÖDER, Kiel, verlangt mit Recht, daß der Arzt bei Ablehnung der Unterbrechung um soziale Erleichterungen für die notleidende Familie bemüht sein muß, ein Vorschlag, der leider

heute fast immer auf unüberwindliche Schwierigkeiten stößt. Es wäre nicht zu verantworten, wenn der Arzt erst die un-abstellbaren schlechten sanitären Verhältnisse, denen die Frau ausgesetzt ist, auf den Lungenbefund zur Auswirkung kommen ließe, anstatt von vornherein dafür zu sorgen, daß nach der einen oder der anderen Seite hin das unumgänglich Notwendige geschieht.

Die Berücksichtigung der äußeren Umstände macht die Entscheidung für oder gegen die Schwangerschaftsunterbrechung bei der Lungentuberkulose noch viel schwieriger, als sie an und für sich schon ist. Die rein medizinischen Momente werden dabei stets zu überwiegen haben.

Etwas einfacher liegen die Verhältnisse bei *Herzkrankheiten* der Frau. Bei unkomplizierten, vollständig kompensierten Herzfehlern ist die Unterbrechung nicht gerechtfertigt. Bei Dekompensationen wird im allgemeinen erst eine gründliche medikamentöse Behandlung verlangt und erst unterbrochen, wenn bei neuer Belastung sofort wieder der Herzmuskel versagt. Dabei ist die *Mitralstenose* ernster zu bewerten als die übrigen Herzfehler. Wenn es aber nach gründlicher Prüfung der sozialen Verhältnisse von vornherein klar ist, daß der durch einen Krankenhausaufenthalt erzielte medikamentöse Erfolg durch die körperliche Belastung später doch wieder in Frage gestellt wird, ist die Unterbrechung meines Erachtens besonders für eine Mitralstenose berechtigt, ohne vorher kostbare Zeit zu verlieren.

Eine besonders ungünstige Wirkung entfalten neuerdings die schlechten wirtschaftlichen Verhältnisse oftmals bei der *Hyperemesis gravidarum*, deren Entstehung zwar immer eine *schwangerschaftsspezifische Stoffwechselveränderung* als Grundlage hat, daneben aber *psychischen* Einflüssen besonders stark ausgesetzt ist. Ich habe mehrmals erlebt, daß offensichtlich durch die Not der Zeit, die pekuniären Sorgen um den Familienzuwachs, die Unmöglichkeit, für die Schwangerschaftsmonate der Patientin Entlastung und Hilfe zu verschaffen, bei einer Hyperemesis, die zunächst durchaus den Eindruck der Überwindbarkeit machte, eine solche Verschlechterung der körperlichen Symptome mit hochgradiger Abmagerung, Temperatursteigerungen, dauernder Pulsbeschleunigung, Albuminurie und schließlich sogar Icterus auftrat, daß die Unterbrechung der Gravidität nicht zu umgehen war. Bei der Hyperemesis gravidarum ist die Willenskraft der Patientin für die Überwindung der Erkrankung unentbehrlich, und diese ist heutzutage durch die schlechte soziale Lage oft gebrochen.

Es bleibt dabei die Regel unberührt, daß der Abortus artificialis wegen Hyperemesis erst bei schweren körperlichen, trotz Krankenhausbehandlung zunehmenden Symptomen berechtigt ist. Dieser ungünstige Verlauf ist aber oft nicht abzuwenden, wenn die psychischen Einwirkungen nicht ausgeschaltet werden können.

Ich möchte mich mit diesen wenigen Beispielen begnügen und die bestehende Ansicht über das *Mitwirken der sozialen Momente bei der medizinischen Indikation* dahin zusammenfassen, daß die strengen medizinischen Regeln für die Unterbrechung durch die Berücksichtigung der äußeren Verhältnisse niemals verwischt werden dürfen. Erst wenn die auf Grund der wissenschaftlichen Erkenntnisse notwendigen Behandlungsbedingungen für die Patientin unmöglich herbeizuführen sind und infolgedessen die Ablehnung des Abortes zwangsläufig eine Lebensgefahr oder schwere Gesundheitsschädigung zur Folge haben müßte, dürfen wir uns dazu entschließen, das kindliche Leben zu opfern, um die Frau vor Schaden zu bewahren.

Ich darf als bekannt voraussetzen, daß durch die bei uns bestehenden

Gesetze streng genommen auch die rein medizinische Indikation zum Abortus artificialis noch nicht zugelassen ist. In der praktischen Rechtsprechung ist der approbierte Arzt, der nach den von der Wissenschaft anerkannten Indikationen eine Schwangerschaft unterbricht, allerdings durch die *Reichsgerichtsentscheidung vom 11. III. 1927* geschützt, nach der der Eingriff „nicht rechtswidrig ist, wenn er das einzige Mittel ist, um die Schwangere aus einer gegenwärtigen Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung zu befreien“.

Für die in Vorbereitung befindliche *neue Strafgesetzbuchordnung* ist dementsprechend durch den Rechtsausschuß des Reichstages auch folgender Passus vorgesehen: „Eine Abtreibung im Sinne des Gesetzes liegt nicht vor, wenn ein approbierter Arzt eine Schwangerschaft unterbricht, wenn es nach den Regeln der ärztlichen Kunst zur Abwendung einer ersten Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Mutter erforderlich ist.“ *Dadurch würde dann die medizinische Indikation zum Abortus artificialis erst legalisiert sein.*

Ich komme jetzt zu der Frage der Berechtigung einer

eugenischen Indikation,

die in der letzten Zeit durch die Vererbungswissenschaft gemeinsam mit der Frage der Ausmerzungen kranker Erblinien durch die gesetzlich zuzulassende *Sterilisation* stark in Fluß gebracht worden ist. Ich beschränke mich entsprechend meinem Thema auf die Frage der *Graviditätsbeseitigung aus eugenischen Gründen*. Die Sterilisation und die Schwangerschaftsbeseitigung aus eugenischen Gründen stehen natürlich in engem Zusammenhang. Wir werden das Problem von der *theoretischen* und *praktischen* Seite aus betrachten müssen.

Zunächst ist festzustellen, daß *in Deutschland zur Zeit eine gesetzliche Grundlage für die Graviditätsunterbrechung aus eugenischen Gründen noch nicht besteht, ebensowenig wie für die operative Sterilisation*, auch wenn die betreffende Persönlichkeit damit einverstanden ist.

Das ist auch die Meinung des besten Kenners des ärztlichen Rechtes, des Oberreichsanwaltes a. D. Prof. Dr. EBERMAYER, der sich kürzlich folgendermaßen geäußert hat: „Eine Sterilisierung aus anderen Gründen als zu Heilzwecken, z. B. aus sozialen oder eugenischen Gründen darf nach bestehendem Recht der Arzt nicht vornehmen, auch dann nicht, wenn der andere Teil dies ausdrücklich verlangt.“

Dasselbe gilt auch für die *Schwangerschaftsunterbrechung* nur mit dem Unterschied, daß die *Sterilisierung* als Körperverletzung unter die §§ 224 und 225 des StrGB. fällt, während für den *Abortus artificialis* der § 218 und, wenn bei dem Eingriff ein Kunstfehler vorkommt, auch der § 224 und 225 gilt.

Es fragt sich nun, ob eine Änderung der bestehenden Gesetze für die eugenische Indikation anzustreben ist.

Auf der 25. Tagung der internationalen Kriminalistenvereinigung in Frankfurt im September vorigen Jahres hat man diese Frage bejaht und folgende EntschlieÙung angenommen: „Nach dem Stand der medizinischen und erbbiologischen Wissenschaft ist die Unterbrechung der Schwangerschaft aus *eugenischen* Gründen in besonders berücksichtigungswürdigen Fällen gesetzlich zuzulassen.“

Auf dieser Tagung hat man allerdings auch die soziale Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung für die Legalisierung empfohlen durch folgende EntschlieÙung: „Die Unterbrechung der Schwangerschaft aus *sozialen* Gründen ist gesetzlich zuzulassen, wenn die Mutter oder das Kind wirtschaftlichem Elend ausgesetzt sein würde.“

Dieser Standpunkt der Mehrheit auf der Kriminalistentagung bedarf meines Erachtens der Revision aus Gründen, die ich später noch zu erörtern haben werde, besonders deshalb, weil das „wirtschaftliche Elend“ ein relativer Begriff ist und durch keinerlei Ausführungsbestimmungen im Gesetz objektiviert werden kann. Ein operativer Eingriff bei der gesunden Frau

kann auch nicht als zulässiges Mittel dafür angesehen werden, wirtschaftliche Nöte zu bekämpfen. Darüber aber später!

Sobald die eugenische Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung wissenschaftlich anerkannt wird, ist es auch nötig, ihr die gesetzliche Grundlage zu schaffen, wie dies auch schon in vielen Ländern, so z. B. in einzelnen Kantonen der Schweiz, in einzelnen Staaten von Nordamerika usw. der Fall ist. In dem Züricher Strafgesetz ist die Abtreibung z. B. nur strafbar, wenn sie „rechtswidrig“ erfolgt. Dieser im Gesetz im einzelnen nicht näher umschriebene Begriff ist meines Erachtens sehr zweckmäßig und bedeutet nach der praktischen Rechtsprechung in der Schweiz, daß überall da eine „Rechtswidrigkeit“ *nicht* vorliegt, wo die Tötung der Frucht nach den Grundsätzen der ärztlichen Wissenschaft indiziert ist (nach W. MAIER [1]).

Damit wird die Entscheidung im Einzelfall der vollen, wissenschaftlich fundierten Verantwortlichkeit des Arztes zugeschoben.

Es gibt tatsächlich Fälle, *wenn sie auch selten sind*, bei denen die Indikation zur Beseitigung einer Schwangerschaft mit Rücksicht auf die Minderwertigkeit des zu erwartenden Individuums so klar auf der Hand liegt, daß die gesetzliche Grundlage für die Ausführung des Abortus artificialis dringend notwendig erscheint. Ich erwähne einen Fall, der von W. MAIER, dem Direktor der Züricher Psychiatrischen Klinik, folgendermaßen geschildert wird:

Eine schwachsinnige Frau hat bereits 5 schwachsinnige Kinder von ihrem selbst ebenfalls intellektuell tiefstehenden und schwer alkoholisierten Ehemann; sie kam zur Untersuchung, weil sie Blutschande mit ihrem ältesten Sohn getrieben hatte und von diesem im zweiten Monat der Schwangerschaft war. In diesem Falle erklärte sich die Staatsanwaltschaft aus eugenischen Gründen ausdrücklich mit dem Abortus artificialis einverstanden.

Aber auch, wenn zwei schwachsinnige Eltern schon mehrere schwachsinnige Kinder gezeugt haben, wird man bei einer neuen Gravidität mit demselben Resultat rechnen können und die Beseitigung des Schwangerschaftsproduktes *nicht nur aus rassehygienischen Gründen, sondern auch mit Rücksicht auf die Belastung der öffentlichen Mittel durch weitere Kinder aus einer derartigen Ehe* für gerechtfertigt halten.

G. A. WAGNER, Berlin, berichtet darüber, daß er den künstlichen Abort eingeleitet habe in einem Fall von Taubstummheit beider Eltern nach der Geburt eines taubstummen Kindes und Suizidversuch der Mutter in der jetzt bestehenden Schwangerschaft. Es lag also eine gemischte Indikation vor. Über ähnliche Fälle berichtet auch L. SEITZ (2).

So kraß liegen die Fälle aber nur sehr selten, und damit bin ich schon auf die *praktische* Seite der Sache übergegangen, d. h. auf die *Entscheidungsmöglichkeit im Einzelfall*.

Die Vererbungsgesetze, die abgeleitet werden aus den experimentellen Untersuchungen an Tieren und an Pflanzen, haben sich in einer erstaunlichen Universalität für die gesamte lebendige Natur und damit auch für den Menschen als gültig erwiesen. Die Vererbungsregeln gelten aber nur für große Zahlen, sodaß im *Einzelfall*, und auf diesen kommt es uns bei unseren praktischen Entscheidungen doch an, fast niemals mit Sicherheit gesagt werden kann, ob man mit der Regel oder mit der Ausnahme zu rechnen hat. Es wird die Aufgabe der medizinischen Erbforschung sein, die Wahrscheinlichkeit der zu erwartenden Minderwertigkeit möglichst genau und zahlenmäßig zu ermitteln, *was nach der Natur der Sache niemals weiter als bis zu einer gewissen Grenze gelingen kann*, sodaß wir bei der Entscheidung für das betreffende in Frage stehende intrauterine Menschenleben nur selten mit einer genügenden Sicherheit voraussagen können, ob es sich um ein die Rasse und den Staat belastendes Individuum handeln wird.

Wir Ärzte sind zwar gewohnt, uns auch sonst bei unserem Handeln nach Wahrscheinlichkeiten zu entscheiden, da Sicherheiten für die Prognose in der Biologie selten beizubringen sind. Aber die Voraussage über das zu erwartende Kind ist trotz der großen Fortschritte der Vererbungskunde heute doch nur *bei einigen wenigen Krankheiten* mit der genügenden Wahrscheinlichkeit möglich, um daraus praktische Folgerungen zu ziehen.

RÜDIN hat ermittelt, daß 50% der Kinder geistig abnorme Psychopathen sind, wenn ein Elternteil *schizophren* ist, beim *manisch-depressiven Irresein* sogar 60%. Sind *beide* Eltern krank, so sind bei der Schizophrenie 80%, beim manisch-depressiven Irresein 100% der Kinder geistig abnorme Psychopathen.

Außer bei den beiden genannten Krankheiten ist es heute nach den vorliegenden Erfahrungen und auf Grund erbbiologischen Studiums auch beim *angeborenen Schwachsinn* und bei der *genuinen Epilepsie einigermaßen sicher* möglich, eine Erbprognose zu stellen. Ich verweise in dieser Beziehung besonders auf die Arbeiten von LANGE und von LUXENBURGER.

Im ganzen betrachtet sind es aber nur verhältnismäßig seltene Fälle, und es fragt sich, ob es sich überhaupt lohnt, für diese wenigen Fälle ein so schwerwiegendes Gesetz einzuführen, und ob es nicht richtiger ist, die betreffenden Kinder später zu sterilisieren. Damit würde dem rassehygienischen Interesse vollkommen Genüge getan sein. Natürlich müßte jede Frau, bei der die Gravidität aus eugenischen Gründen unterbrochen wird, auch sterilisiert werden.

Die genannten Bedenken sind es wohl auch gewesen, die dazu geführt haben, daß in dem vom preußischen Landesgesundheitsrat im Juli vorigen Jahres vorgelegten Entwurf eines Sterilisierungsgesetzes die Frage der eugenischen *Schwangerschaftsunterbrechung* vollkommen abgetrennt geblieben und noch nicht zur Legalisierung vorgeschlagen ist. Die eugenische Sterilisierung wird zweifellos in der allernächsten Zeit ihre gesetzliche Grundlage erfahren.

Ich erwähne hier noch eine neue Indikation zur Graviditätsunterbrechung, die auch selten ist, aber doch in irgendeiner Weise der Legalisierung bedarf; das ist die Beseitigung der durch hohe Röntgenstrahlendosen intrauterin geschädigten Frucht. Eine solche sogenannte Fruchtschädigung durch Röntgenstrahlen — im Gegensatz zu der Erb- oder Keimschädigung, von der man spricht, wenn die als schädlich angesehene Röntgen- oder Radiumbestrahlung vor der Befruchtung stattfand, also die unbefruchteten Keimzellen betraf — ich sage, eine solche Fruchtschädigung ist anzunehmen, wenn beispielsweise eine Gravidität unter der falschen Diagnose eines Myoms bestrahlt wird. Schon die einfache Dosis zur Ausschaltung der Ovarialfunktion muß für die sehr empfindlichen embryonalen Gewebe als so gefährlich angesehen werden, daß ich die Beseitigung der Gravidität mit Rücksicht auf die zu erwartende Fruchtschädigung für berechtigt halte, wofür aber bisher die gesetzliche Möglichkeit nicht vorhanden ist. Dasselbe gilt für die Fälle von intrauterin nachgewiesenen kindlichen Mißbildungen, ein Nachweis, der röntgenologisch heute manchmal möglich ist.

Ähnliches wie für die eugenische Indikation gilt auch für die Unterbrechung einer Schwangerschaft, die durch *Notzucht oder Schändung* entstanden ist. In immer höherem Maße hat sich in der letzten Zeit der humane Standpunkt durchgesetzt, daß die Schwangerschaft geopfert werden darf, wenn *einwandfrei* nachgewiesen ist, daß die Empfängnis durch eine Vergewaltigung oder an einer Person in willenlosem Zustande, z. B. in der Narkose oder bei einer Geisteskranken zustande gekommen ist.

Die Verhandlungen auf dem Kriminalistenkongreß haben dementsprechend zur Annahme folgenden *Vorschlages* geführt: „Die Unterbrechung der Schwangerschaft ist gesetzlich zuzulassen, soweit die Schwangerschaft das Ergebnis bestimmter Straftaten ist.“

Jeder medizinische Sachverständige weiß nun allerdings, wie

seltenerartige Fälle in Wirklichkeit sind und wie häufig bei einer unerwünschten Gravidität die betreffende Person die Notzucht nur *vorzutäuschen* versucht, und es erhebt sich auch hier wieder die Frage, ob die große Seltenheit der wirklichen Notzuchtfälle einen Gesetzesparagrafen rechtfertigt, der die Zerstörung eines Menschenlebens nur im Interesse eines Einzelindividuums und ohne, daß dabei ein über das Einzelindividuum hinausgehendes, höheres Staatsinteresse vorliegt, legalisiert.

Ganz anders steht es mit der rein *sozialen Indikation* für den Abortus artificialis, bei der nicht nur das höhere Interesse von Staat und Volk, sondern auch die Rücksichtnahme auf die Einzelperson zu einer *grundsätzlichen Ablehnung* der Legalisierung führen muß. Für die gesetzliche Einführung dieser Indikation ist in den vergangenen Jahren von vielen Seiten eingetreten worden. Dabei waren zum Teil *weltanschauliche Gründe* maßgebend. Ausgehend von einer rein individualistischen Lebensauffassung wurde von vielen Ärzten und Ärztinnen die *vollkommene sexuelle Freiheit* und damit auch die *völlig freie Verfügung der Einzelpersönlichkeit über die noch nicht geborene Frucht* gefordert.

Zum anderen waren es reine *Zweckmäßigkeit*sgründe, die den Ruf nach der sozialen Indikation immer wieder erschallen ließen und die den Kampf gegen die illegale Abtreibung zum Ziel hatten. „Da die unerwünschte Schwangerschaft doch beseitigt wird“, so hieß es immer wieder, so soll man die Unterbrechung durch die Legalisierung der sozialen Indikation wenigstens den Kurpfuschern und Abtreibern entreißen und in die Hand des Arztes überführen.

Es dürfte nicht allgemein bekannt sein, daß eine Zeitlang die Aufhebung des § 218 des StrGB., um die es sich hier handelt, schon dicht vor der Tür stand. Wie SELHEIM berichtet, wurde im Haushaltsausschuß des sächsischen Landtages im Jahre 1928 überraschenderweise folgende EntschlieÙung einstimmig, also von allen Parteien angenommen: „Die Regierung zu ersuchen, bei der Reichsregierung dahin zu wirken, daß die Unterbrechung der Schwangerschaft aus sozialen Gründen ermöglicht wird.“

Mir scheint die Gefahr einer solchen Gesetzgebung bei uns jetzt endgültig vorbei zu sein. Heute sind wir sogar in der Lage, den ablehnenden Standpunkt gegenüber der sozialen Indikation zum künstlichen Abort, ohne auch nur mit einem Wort auf die großen ethischen und bevölkerungspolitischen Bedenken der geforderten neuen Gesetzgebung gegenüber eingehen zu brauchen, rein medizinisch zu begründen, und zwar an Hand des in Sowjetrußland noch im Gang befindlichen Massensexperimentes mit der Freigabe der Fehlgeburt.

Aus den russischen Erfahrungen, die uns bisher nur sehr schwer zugänglich waren und in sehr widersprechender Form an uns gelangten, geht jetzt eindeutig die Tatsache hervor, daß auch der *lege artis* und von besonders geübter und fachmännischer Hand ausgeführte künstliche Abort nicht als ungefährlich angesehen werden kann, und daß die Gefahren sogar viel größer und vielgestaltiger sind, als wir bisher annahmen. Ferner hat sich in Rußland herausgestellt, wie ich gleich zeigen werde, daß das eigentliche Ziel der Legalisierung des Abortes, nämlich die Pfuscheraborte auszumerzen, nur in sehr unvollständigem Maße erreicht ist.

Es ist ein besonderes Verdienst von A. MAYER, Tübingen, daß er uns ein wichtiges Tatsachenmaterial zugänglich gemacht hat dadurch, daß er den Bericht von 423 000 künstlichen Aborten, über die auf dem ersten allukrainischen Kongreß für Geburtshelfer und Gynäkologen in Kiew im Jahre 1927 verhandelt wurde, mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in die deutsche Sprache übersetzen ließ (3).

Schluß folgt

spricht. Alles Nähere, ja schon diese Annahme verläßt den empirischen Boden und greift in das Problem vom Zusammenhang von Leib und Seele über, das ein *philosophisches* ist. Es besteht jedenfalls nicht der geringste Anlaß, sich die den abnormen Persönlichkeiten entsprechenden Körperkonstitutionen grundsätzlich anders zu denken als im Sinne von Variationen von jenen Konstitutionen, wie man sie sich den durchschnittlichen Persönlichkeiten zugeordnet denkt. *Insbesondere ist abnorm nicht gleich krank, und es ist unsächlich, abnorme Persönlichkeiten als krank zu bezeichnen*. Insbesondere sind sie nicht „nervenkrank“. Wieder seien hier jene asthenischen Psychopathen mit körperlichen Beschwerden zunächst zurückgestellt, da hier das Problem etwas anders liegt. Psychopathen als krank zu bezeichnen, ist nicht nur unsächlich, sondern *verdeckt auch jede sinnvolle Behandlung*, die nach dem Gesagten *nicht kausal-medizinisch* sein kann, sondern nur *verstehend-psychologisch*, d. h. erzieherisch. Man spreche auch nicht von „degeneriert“, denn dieser Begriff ist, wenn er beschreibend und nicht genealogisch gebraucht wird, ein willkürliches Werturteil. Mit der Bezeichnung einer abnormen oder psychopathischen Persönlichkeit ist aber über den biologischen oder ethischen oder sozialen oder irgendeinen anderen Wert nicht das geringste ausgesagt. Man beachte, was oben über den Normbegriff gesagt wurde. Normal ist der farblose Durchschnitt, alles, was aus dem Rahmen des Durchschnitts herausfällt, ist abnorm und sehr vieles in jeder Beziehung Hochwertiges ist auch psychopathisch im Sinne des ersten Teils unseres Psychopathenbegriffs.

Wir sagten oben, daß die abnormen, also auch die psychopathischen Persönlichkeiten ohne scharfe Grenze aus den normalen Durchschnittspersönlichkeiten hervorgehen. Sie sind gewissermaßen nur die karierten Zuspitzungen von normalen Persönlichkeiten. *Diese oder jene Züge von ihnen sind in jeder Persönlichkeit zu finden* — das ist auch der Grund, warum man sie verstehen und sich anschaulich vergegenwärtigen kann. Diese aufgestellten Typen kommen nicht nur in *allen Graden*,

sondern auch in *vielen Kombinationen* vor. So gibt es etwa selbstunsichere Depressive oder explosible Fanatiker oder willenslose Asthenische oder gemütlose Hyperthymiker mit geltungsüchtigen Zügen. Natürlich kommen nicht alle Kombinationen vor; so ist ein gemütloser Selbstunsicherer schlechthin undenkbar. Die praktische Verwendung dieser Typen wird also oft zu Kombinationen greifen. Auch Kombinationen mit den verschiedenen Graden des *angeborenen Schwachsinn*s sind häufig. Man denke an debile Hyperthymiker oder an imbezille Gemütlose. Schlechthin alle psychopathischen Persönlichkeiten, am wenigsten die Selbstunsicheren, kommen zusammen mit Schwachsinn und überhaupt jedem Grad der Intelligenz vor.

Das wissenschaftlich sehr schwierige Problem der *Beziehungen von abnormer (psychopathischer) Persönlichkeit und Psychose*, insbesondere die *Frage, ob es hier Übergänge gibt*, kann hier nicht näher behandelt werden. Diese Frage gilt ganz allgemein und bei einzelnen Typen auch im besonderen. Solche Fragen sind etwa die, ob man gewisse Hyperthymiker und Depressive als Dauerzustände der Zyklithymie (manisch-depressives Irresein) auffassen soll. Ferner gehört hierher die Frage der Beziehung der Stimmungs-labilen zur Epilepsie und Zyklithymie, gewisser Fanatiker und gewisser Gemütloser zur Schizophrenie. Die Meinung, es gebe Übergänge zwischen gewissen abnormen Persönlichkeiten, ja normalen Persönlichkeiten und zyklithymen bzw. schizophrenen Psychosen (KRETSCHMER), und die Auffassung, es sei eine scharfe Grenze anzunehmen, stehen sich noch immer gegenüber. Wir teilen die zweite Auffassung, ohne das jedoch hier näher begründen zu können. *Auf alle Fälle tut der praktische Arzt gut daran, sich in jedem einzelnen Falle die ernste Frage zu stellen: habe ich einen Psychopathen oder einen Geisteskranken vor mir?*

1. Die psychopathischen Persönlichkeiten. 2. Aufl. Leipzig-Wien 1928. — 2. E. KAHN, Die psychopathischen Persönlichkeiten. Handb. d. Geisteskrankh. 1928, 5 S. 227. — 3. E. KRETSCHMER, Der sensitive Beziehungswahn. 2. Aufl., Berlin 1927. — 4. E. KRETSCHMER, Körperbau und Charakter. 7. und 8. Aufl., Berlin 1929.

Aus der Universitäts-Frauenklinik Göttingen. Direktor: Prof. Heinrich Martius

Die Indikationen zum Abortus artificialis

Von H. MARTIUS

Schluß aus Nr. 29

Zunächst die *gesetzlichen Grundlagen in Rußland*. Es besteht vielfach die Ansicht, daß in Rußland nach der Revolution die Beseitigung der Schwangerschaft vollkommen freigegeben, d. h. in das freie Belieben der Einzelperson gestellt worden sei, und auf den Wunsch der Frau von jedem Arzt ausgeführt werden dürfe. Das ist aber keineswegs der Fall. Auch in Rußland ist die Abtreibung eine strafbare Handlung geblieben, nur mit dem Unterschied gegen Deutschland, daß dort die Frau, welche an sich abtreibt oder abtreiben läßt, nicht bestraft wird. Das Neue in der russischen nachrevolutionären Gesetzgebung besteht darin, daß die soziale Indikation anerkannt wurde, *und zwar ist dabei von Anfang an nur die Bekämpfung der gefährlichen Laienabtreibung angestrebt worden*. Es geht aus der russischen Gesetzgebung deutlich hervor, daß man lediglich ein Übel durch ein geringeres bekämpfen wollte, und daß *weltanschauliche Gesichtspunkte dabei keine entscheidende Rolle gespielt haben*. Dementsprechend hat das Gesetz die Ausführung des Abortes in Rußland niemals etwa in die freie Entscheidung der Frauen gestellt, sondern den Eingriff von dem Vorhandensein einer wirtschaftlichen Not abhängig gemacht, die durch eine besondere Instanz, die sogenannte „Abortkommission“ zu prüfen ist.

Wenn eine Frau die Schwangerschaft beseitigt haben will, wird sie an eine Kommission überwiesen, die aus einem Arzt und zwei Arbeiterinnen als Vertreter des Bezirkssowjets besteht. Die Kommission hat zunächst die Aufgabe, *der Frau dringend abzuraten und sie auf die Gefahren des Eingriffs hinzuweisen*. Nachdem die Kommission ihre Zustimmung zur Unterbrechung abgegeben hat, erfolgt die Operation nur in dazu bestimmten Krankenhäusern und ist nicht etwa jedem approbierten Arzt gestattet. Dazu sind in den Großstädten besondere „Abortarien“ gegründet, in Moskau z. B. 12 an der Zahl, die sich nur mit der Abortbehandlung beschäftigen. Auf dem Lande fällt die Abortbehandlung den Bezirkskrankenhäusern usw. zu. *Wir sehen daraus, daß die bei uns gestellten Forderungen in mancher Beziehung weit über das hinausgehen, was in Rußland Gesetz geworden ist*.

Aus einer von Dr. HELENE BÖRNER (4) veranstalteten und kürzlich veröffentlichten Rundfrage bei den deutschen Ärztinnen entnehmen wir, daß sich von 1352 deutschen Ärztinnen 283 = 20,9% für die völlige *Aufhebung des § 218* ausgesprochen haben und 983 = 72,7% für die *Änderung des Paragraphen*.

Für die bedingte oder unbedingte gesetzliche Anerkennung der „rein

sozialen Indikation“, d. h. also für die Möglichkeit, bei einer gesellschaftlichen oder wirtschaftlichen Notlage ohne Vorliegen einer medizinischen Indikation die Schwangerschaft zu beseitigen, stimmten von 988 Ärztinnen 56,8%.

Ich möchte annehmen, daß eine *solche Rundfrage*, wenn sie heute wiederholt würde, zu einem ganz anderen Ergebnis käme.

Mit der Tätigkeit der Abortkommission in Rußland hat man offenbar, und zwar aus naheliegenden Gründen, schlechte Erfahrungen gemacht. Man sah bald ein, daß die *gesetzliche Einführung der sozialen Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung praktisch der vollen Freigabe des Abortes gleich oder wenigstens sehr nahe kam*. Denn die soziale Not ist ein sehr dehnbarer Begriff.

Wenn man aber die *Zulassungsbestimmungen in den Kommissionen rigoros handhabte*, zeigte sich sofort, daß das *eigentliche Ziel der Gesetzgebung, nämlich die wirkliche Unterdrückung der kriminellen, nicht ärztlich ausgeführten Eingriffe, in Frage gestellt wurde*.

Als *ungünstige Nebenwirkung* wurde beobachtet, daß sich durch die Legalisierung des Abortes bei den Frauen die Meinung breitmachte, daß es sich dabei um einen *gänzlich ungefährlichen und harmlosen Eingriff handele, und daß die Legalisierung den künstlichen Abort in der Auffassung der Frauen auch moralisiert*.

Alles dieses kann man aus den aus Rußland mitgeteilten Zahlen deutlich ablesen. Offenbar sind die gesetzlichen Bestimmungen in den verschiedenen Bezirken des Riesenreiches recht verschieden gehandhabt worden und haben infolgedessen auch verschiedene Wirkungen hervorgerufen.

So ist z. B. KARLIN (5), der Leiter des Wöchnerinnenheims in Leningrad, der Ansicht, daß in den größeren Zentren, z. B. in Moskau, der ärztliche Abort durch die Legalisierung den Kurpfuscherabort fast vollständig verdrängt hat, während in den kleinen Städten und auf dem Lande die Zahl der Kurpfuscheraborte noch ziemlich hoch geblieben sei. Wir lesen dazu bei KARLIN folgendes: „Die Abortfreigabe hat augenfällig den Übergang in die Krankenhäuser derjenigen schwangeren Frauen bedeutend vermehrt, welche früher von Abtreiberinnen ‚behandelt‘ wurden. Dabei ist die Mortalität fast liquidiert und die Morbidität bis auf ein Minimum reduziert worden.“

Diesem optimistischen Standpunkt KARLINS gegenüber finden wir in dem in Deutschland erschienenen Buch des russischen Arztes Dr. SERGE KRASSILNIKIAN über „Russische Erfahrungen mit der Freigabe der Abtreibung — eine Lehre für Deutschland“, 1930, Verlag Emil Ebering, Berlin, folgende Schlußbemerkung: „Trotz dieser Legalisierung haben die Kurpfuscheraborte (kriminelle Aborte) zugenommen.“

Über ein entsprechendes Ergebnis wird aus Kiew berichtet, wo auf 6000 Aborte nur 1500 legal eingeleitete und 4500 Kurpfuscheraborte kamen. Offenbar wird auf dem Lande die Prüfung der sozialen Verhältnisse von den beamteten Ärzten und Kommissionen schärfer gehandhabt, sodaß also eine deutliche Wechselwirkung zwischen der Tätigkeit der Abortkommission und der Häufigkeit der Pfuscheraborte besteht.

Andere russische Ärzte meinen, daß das Gesetz sogar zu einer *unmittelbaren Vermehrung der illegalen Aborte* führe, indem die Legalisierung dem Abort eine sittliche Stütze verleiht und dadurch das Abortkurpfuschertum förmlich simuliere (KIRILLOW).

So ist also in Rußland durch die neue Gesetzgebung nicht einmal das eine sicher, oder jedenfalls nur sehr ungleichmäßig erreicht worden, daß die Kurpfuscheraborte und damit auch die bei diesen auftretenden schweren Schädigungen verschwunden sind.

Etwas anderes läßt das sehr umfangreiche, uns vorliegende Zahlenmaterial aber um so deutlicher erkennen, daß nämlich die Zahl der Graviditätsunterbrechungen in Rußland im ganzen un-

geheuer angestiegen ist. Als Beleg dafür möchte ich aus den vielen vorliegenden Statistiken nur folgendes anführen:

Einer im Archiv für Gynäkologie von KARLIN veröffentlichten Tabelle über das Verhältnis der Zahl der Aborte zu der Zahl der Geburten in Leningrad entnehme ich beispielsweise folgendes:

	Zahl der Aborte	Zahl der Lebendgeborenen	‰ der Geburten auf Tausend der Bevölkerung	‰ der Aborte zu den Geburten
1928	53 608	37 483	22,6	142,8
1929	63 795	40 336	21,9	170,5
1930	74 332	42 400	21,2	175,3
1931	78 444	50 402	20,7	155,6

Es muß zugegeben werden, daß das starke Ansteigen der in den Statistiken registrierten Aborte zum Teil darauf beruhen mag, daß durch die Legalisierung viel Pfuscheraborte in die Krankenhäuser übergegangen sind, die Zunahme also zum Teil nur eine scheinbare sein kann. Trotzdem lassen die vorliegenden Zahlen deutlich erkennen, daß die *Fehlgeburten* selbst in einem so bevölkerungsreichen Lande, wie es Rußland ist, die *Zahl der Geburten schon überschritten haben; ein Ausfall für den Staat, den sich Rußland allenfalls eine Zeitlang erlauben kann, auf Deutschland übertragen, aber katastrophale Folgen für den Bestand des Volkes haben würde*.

In Erkenntnis dieser Entwicklung ist man in Rußland auch schon wieder eifrig bemüht, zurückzeregulieren und die „*Abtreibungsseuche*“, worunter früher nur die illegalen Aborte, jetzt aber *bezeichnenderweise die ärztlich ausgeführten, legalisierten Aborte verstanden werden*, einzudämmen.

Von Anfang an war die Unterbrechung gesetzlich nur *in den ersten 3 Monaten* der Gravidität erlaubt, da sie später zu gefährlich erschien. Jetzt wird gefordert, daß der Abort *nicht vor der 7.—8. Woche der Gravidität* eingeleitet werden soll, und zwar besonders mit Rücksicht auf eine etwa bestehende und in den ersten Wochen nicht feststellbare extrauterine Gravidität.

So haben beispielsweise MAGID und PANTSCHENKO (6) kürzlich darüber berichtet, daß bei den von ihnen in den Jahren 1924—1932 behandelten 726 Fällen! von Extrauterin gravidität in 51 Fällen, also bei 7%, intrauterine Eingriffe und Fruchtabtreibungsversuche vorangegangen waren. Es bliebe dann also nur ein Schwangerschaftsmonat für die legalisierte Unterbrechung übrig.

Ferner ist nach KARLIN vom Volkskommissariat für das Gesundheitswesen im November 1924 das *Verbot des künstlichen Abortes bei allen zum erstenmal Geschwängerten* erlassen worden, ebenfalls eine gewaltige Einschränkung der Freigabe der Fehlgeburt.

Und schließlich besteht seit dem Dezember 1928 die Bestimmung, daß die Genehmigung zum folgenden Abort *nicht früher als nach Ablauf von 9 Monaten* nach dem vorigen erteilt wird.

Während zuerst die legalisierten Aborte in den Abortarien, und zwar nur in diesen und „*gewinnlos*“, also unentgeltlich ausgeführt werden durften, hat die Regierung die unentgeltlichen Operationen wegen des zu großen Andranges wieder aufgegeben und „*Aborttaxen*“ festgesetzt, die ungefähr 25% des Monatslohnes betragen (ZUR NEDDEN).

Nach einem Bericht von Fräulein Dr. ZUR NEDDEN, Frauenärztin in Göttingen, die sich Pfingsten vorigen Jahres zu einer 3wöchigen Ärztestudienreise in Rußland befand, wird die Ausräumung, deren sie in einem Moskauer Abortarium in 45 Minuten 12 hintereinander mit ansah, grundsätzlich ohne Narkose ausgeführt. Fräulein Dr. ZUR NEDDEN bemerkt dazu, daß das Erlebenlassen des Eingriffs durch Ablehnen der Narkose ein bewußtes Moment im Kampfe gegen die Abtreibung sei, eine etwas eigentümliche Methode der Abortbekämpfung, die man wohl besser den Russen überläßt.

Abstoßend und unser ärztliches Gefühl beleidigend wirkt folgender Schlußsatz aus einer der letzten russischen Veröffentlichungen über den künstlichen Abort, der folgendermaßen lautet:

„Die Abortoperation darf nicht im Verbandzimmer ausgeführt werden. Mehr als 7—8 Aborte hintereinander zu ‚erledigen‘, darf dem Abortarzt nicht zugemutet werden.“

Alles in allem sehen wir aus den russischen Angaben deutlich, *erstens, daß das Ziel der vollständigen Ausmerzungen des*

geheimen Abortes keineswegs erreicht ist, zweitens, daß eine enorme Zunahme der Aborte überhaupt zu verzeichnen ist, und drittens, daß die in Gang gesetzten Maßnahmen zur Verringerung dieser großen Abortzahl zwangsläufig wieder eine Zunahme der Kurpfuscheraborte herbeiführen.

Es fragt sich, wie sich ähnliche Gesetze wie die russischen bei uns auswirken würden für den Fall, daß uns die soziale Indikation in irgendeiner Form doch noch beschert werden sollte, was ich bei der jetzigen politischen Entwicklung allerdings für ganz ausgeschlossen halte.

Man könnte sich denken, daß durch wirksame organisatorische Maßnahmen die Entwicklung bei uns in günstigere Bahnen zu lenken wäre, als in dem unter der Sowjetherrschaft durch Revolution, Hungersnot und Bürgerkrieg verelendeten Rußland. Ich lasse diese Frage offen, da sie nicht rein ärztlich beantwortet werden kann. Aber in einer Beziehung können und müssen wir aus den großrussischen Erfahrungen für uns lernen. Das sind die

*rein gesundheitlichen Folgen der legalisierten
Massenabtreibung,*

auf die ich nunmehr einzugehen habe. Man muß den aufrichtigen Bemühungen der russischen Ärzte Anerkennung zollen, in dieser Beziehung klare statistische Ergebnisse zu ermitteln. Zuerst hat man das Augenmerk nur auf die unmittelbaren Folgen der Operation gelenkt, und in dieser Beziehung verhältnismäßig gute Erfahrungen gemacht und mitgeteilt.

Ich halte mich bei meinen Mitteilungen über die unmittelbaren Folgen an die neueste, soeben erschienene Veröffentlichung von KARLIN (7), die den Vorteil hat, sich auf ein einheitliches, zuverlässig beobachtetes, allerdings verhältnismäßig kleines Material zu beziehen. KARLIN hat sich in dem Bestreben, die durch den legalen Abort entstandenen Schäden aufzudecken, die Mühe gemacht, über die in seiner Anstalt behandelten Frauen Erkundigungen einzuziehen, und zwar teils durch schriftliche Nachfragen, teils durch Nachuntersuchungen. Bei 675 nachuntersuchten Frauen stellte er viermal entzündliche Adnexerkrankungen als unmittelbare Folge der Schwangerschaftsunterbrechung fest, eine verhältnismäßig geringe Zahl.

Eine andere von KARLIN gelieferte Zusammenstellung ergibt folgendes: Bei 7167 in 30 Leningrader Anstalten ausgeführten künstlichen Aborten wurden 8 Uterusperforationen gebucht.

Auch nach den sonstigen Angaben halten sich die Perforationen bei der Abortausräumung in Rußland in verhältnismäßig engen Grenzen und betragen zwischen 0,06% (TOPUSE) und 3%.

Bei 58 Frauen kam es zu Temperaturen über 38° und bei 28 Frauen zu tastbaren entzündlichen Veränderungen des Genitale.

Zwei Frauen starben an einer foudroyanten Sepsis = 0,027%.

Zu dieser Aufstellung sagt KARLIN selber, daß sie nicht ganz vollständig sein könne. Denn die Frauen werden nach dem Abortus artificialis gewöhnlich am vierten Tage wieder entlassen und gehen dann, wenn sie erkranken, oft in andere Lazarette über. KARLIN schließt seine Veröffentlichung mit der Bemerkung, „daß auch große Erfahrung des Operateurs der Abortoperation glatten Verlauf nicht garantieren könne.“

Wir sehen aus diesen Zahlen, daß sich die unmittelbaren Schäden durch den legalen Abort an diesem allerdings wohl besonders günstigem Material in verhältnismäßig engen Grenzen halten, was sicherlich zum Teil auf der ungeheuren Übung, man kann sagen Routine, beruht, über welche die Abortarienärzte in den russischen Großstädten verfügen. Auf dem platten Land sind die Ergebnisse viel schlechter.

So meldet Fräulein Dr. ZUR NEDDEN nach ihren persönlichen Erkundigungen in Moskau aus dieser Großstadt, wo im Jahre 175 000 künstliche Aborte gezählt werden, eine Mortalität von 1 auf 20 000 Fälle, während im Gouvernement Moskau infolge der weniger guten ärztlichen Schulung und ungünstigeren Krankenhausbedingungen die Mortalität 6mal größer sei, also 1 auf 3000 Fälle betrage.

Viel überraschender sind nun aber die Spätfolgen nach den Erfahrungen in Rußland, worüber die Verhandlungen auf dem Kongreß in Kiew besonders interessante Auskünfte geben. Ein großer Teil der Schäden beruht auf der durch die Ausräumung mit der scharfen Kürette hervorgerufenen Läsion des Endometriums. In Rußland wird die Entleerung des Uterus in den ersten drei Monaten der Schwangerschaft immer in einer Sitzung und mit der scharfen Kürette bewerkstelligt, nachdem der Halskanal mit Hegarstiften erweitert ist. Meines Erachtens gehört die scharfe Kürette überhaupt nicht in den abortierenden Uterus, sondern nur eine stumpfe Kürette. Laminariastifte werden nicht angewendet, da sie als Importartikel zu teuer sind, und da die russischen Ärzte die einzeitige Ausräumung der Gebärmutter auch für ungefährlicher halten (S. TOPUSE [8]). Bei diesem Vorgehen ist es unmöglich, daß die Trennung des Eies immer in der richtigen Schicht erfolgt. In dem Bestreben, den Uterus sicher vollständig zu entleeren, kommt es oft zu Verletzungen der Basalschicht des Endometriums und dadurch zu Verödungen desselben, besonders in der Gegend des inneren Muttermundes.

Als Folge davon werden Stenosen mit Dysmenorrhöen (TOLMARIEF) und Rückstauung des Menstrualblutes, die wieder zur Adenomyosis führen können, angegeben. Andere Folgen sind hartnäckige Amenorrhöen und Oligomenorrhöen. Von den ersteren wird in 10% der Fälle, und von den letzteren sogar in 74% der Fälle berichtet.

Auf dieselbe Ursache dürfte die häufig beobachtete Sterilität oder das Auftreten von habituellen Aborten zurückzuführen sein. Es wird berichtet, daß es spätestens nach dem 3.—4. künstlichen Abort zur Sterilität zu kommen pflegt. Mehr als 3—4 Unterbrechungen bei derselben Frau sollen selten sein, aber nicht, weil die Frau dann auf eine weitere Unterbrechung verzichtet, sondern weil sie nicht mehr konzipiert.

Die Häufigkeit der Sterilität wurde in Kiew mit 5,4%, bei hypoplastischen Frauen sogar mit 30% angegeben. —

Die alte Erfahrung, daß ein Abort auch von ganz gesunden und robusten Frauen oft schlecht vertragen wird und sich im Allgemeinbefinden viel störender bemerkbar macht, als die Geburt am natürlichen Ende der Schwangerschaft, hat sich auch in Rußland bestätigt. Der bruske Eingriff in die noch in Entwicklung begriffenen, hochgradigen Veränderungen des innersekretorischen Systems und ihre plötzliche „Demobilisierung“ macht den Abort zu einem schwerwiegenden Ereignis für den Organismus, und wir erkennen an dem russischen Riesematerial sehr deutlich, daß sich die Unterbrechung in dieser Beziehung als ein starkes biologisches Trauma von der spielend ertragenen innersekretorischen Umstellung des Organismus nach der Geburt am normalen Ende der Gravidität sehr wesentlich unterscheidet.

Als Folgen davon werden angegeben: Atrophien des Uterus, Störungen in der Follikelfunktion der Eierstöcke, kleinzystische Degeneration derselben mit den dazugehörigen klinischen Erscheinungen und Sterilität. Am schwersten statistisch erfaßbar sind die entzündlichen Veränderungen am Genitale, die auch wieder zur Sterilität, zu Ausfallerscheinungen und Fettansatz Veranlassung geben können. LEVIT gibt in seinem Bericht an, daß von den von ihm beobachteten Parametritiden, Perimetritiden und chronischen Adnexentzündungen 20% der Fälle auf die Abrasio zurückgehen. Nach RADOMYSLISKAJA hatten von 264 wegen entzündlicher Erkrankung des Genitale operierten Frauen 96 = 36,3% künstliche Aborte in der Anamnese.

Alle diese Zahlen sind natürlich mit einer gewissen Vorsicht zu bewerten. Die russischen Autoren deuten sie jedenfalls so, daß sie aus ihnen schwere Schädigungen durch den Abortus artificialis ablesen. „Chronische Entzündungen an der Gebärmutter und den Adnexen, sowie Aborte ohne Ende, das ist das Erbe dieser Jahre“, sagt ein Autor.

Auch eine starke Zunahme der *Exträuteringravidität* wird angegeben. So hat KIRILLOW in seinem Material eine Zunahme der Tubarschwangerschaften von 8 Fällen in 3 Jahren auf über 100 in der gleichen Zeit gezählt. Auf 3790 Aborte folgten 59 Tubarschwangerschaften = 1,3%.

Aber damit ist die Reihe der aufzuzählenden Schäden noch keineswegs zu Ende. Auch alle möglichen *Geburtsstörungen* werden auf die vorangegangenen künstlichen Abortausräumungen zurückgeführt; so eine *Verlängerung der Geburtsdauer*, *Störungen in der Plazentalperiode*, z. B. durch eine *Placenta accreta*, die *Häufung von manuellen Plazentalösungen* und *atonische Nachblutungen*, die *Zunahme der Placenta praevia-Fälle*.

Nach einer Statistik wurde in Rußland das *Ansteigen der Geburtskomplifikationen* von 5,8% auf 14,1% durch den freigegebenen künstlichen Abort ermittelt.

Ferner sind die *Nachwirkungen des künstlichen Abortes auf die Psyche* zu nennen, deren ausdrückliche Betonung gerade an dem russischen Patientenmaterial durch die Berichterstatter uns besonders überrascht. Es wird von *Depressionszuständen* und *sexuellen Störungen* berichtet, die zu dem Begriff der „*Psychosis post abortum artificialem*“ geführt haben.

Schließlich erwähne ich noch die *ungünstige Einwirkung auf die Ehe*, die von den russischen Ärzten stark hervorgehoben wird, indem der Abortus artificialis sowohl die Zahl der Eheschließungen verringere — es wurde früher, ebenso wie vielfach auch bei uns auf dem Lande, oft erst geheiratet, wenn eine Konzeption eingetreten war — als auch die Erhaltung der Ehe gefährde, da das Bindeglied des Kindes wegfällt.

Damit möchte ich meinen Bericht über die Erfahrungen mit dem legalisierten Abort in Sowjetrußland abschließen, ohne Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben. *Ich kann nur immer wieder das Studium des Berichtes von dem allukrainischen Kongreß nachdrücklich empfehlen.*

Es könnte nun eingewendet werden, daß die vielen aufgezählten *Spätschäden* zum großen Teil vermieden werden könnten

durch eine Verbesserung der Operationstechnik. Mit diesem Mißtrauen würden wir der operativen Tätigkeit der russischen Ärzte aber unrecht tun, wie die vorhin mitgeteilten *Frühresultate* nach der Abortausräumung deutlich zeigen. Eine mangelhafte Technik müßte wesentlich mehr unmittelbare Schäden hervorrufen als nach der Statistik tatsächlich vorhanden sind.

Die unbestreitbare Tatsache, daß der Abortus artificialis kein gleichgültiger Eingriff ist, gilt es für uns Ärzte meines Erachtens den Juristen gegenüber immer wieder besonders zu betonen, die sich für die Freigabe des Abortes aus sozialen Gründen eingesetzt haben. Die Juristen scheinen vielfach zu *übersehen, daß die Gefahren des Abortus artificialis auch in der Hand des erfahrenen und geübten Operateurs keineswegs gleich Null zu setzen sind.*

Die russischen Erfahrungen stellen für uns eine *wertvolle Lehre* dar. *Wir lernen aus ihnen, daß die Beseitigung der Schwangerschaft ein für den Körper und die Seele der Einzelperson nicht ungefährliches Verfahren darstellt* und deshalb, *rein medizinisch betrachtet, als ein Mittel zur Geburtenregelung, aus welchen Beweggründen heraus dieselbe auch als angebracht erscheinen mag, strikte abzulehnen ist, wobei die höheren Gesichtspunkte, die das Wohl und den Bestand des Volkes über das Interesse der Einzelperson stellen und zu stellen haben, noch nicht einmal berührt sind.*

1. D. m. W. 1932 S. 1827. — 2. Deutsches Ärzteblatt 1933 S. 91. — 3. Der Bericht ist bereits im Druck und wird in allernächster Zeit bei Ferdinand Enke, Stuttgart, erscheinen. Siehe dazu auch: A. MAYER, Zbl. Gynäk. 1932 Nr. 46 und E. MARTIN, Mschr. Geburtsh. 93 S. 14; ferner die Veröffentlichungen von SELHEIM und NIEDERMAYER. — 4. HELENE BÖRNER, Die Ärztin 1932 H. 1 S. 3. — 5. KARLIN (USSR.), Arch. Frauenkde u. Konstit.forschg 1930, 16 S. 12. — 6. Zbl. Gynäk. 1933 S. 706. — 7. Arch. Gynäk. 1933 S. 202. — 8. Zbl. Gynäk. 1933 S. 533.

Aus der I. Medizinischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses in Wien. Vorstand: Prof. J. Pal

Bleibende Pulsdifferenz nach Hirnrindenzläsion

Von Dr. LUDWIG POPPER

In Veröffentlichungen von PAL (1, 2) und seinen Mitarbeitern (3, 4, 5, 6) wurde bereits mehrfach auf die zerebral bedingten Pulsdifferenzen hingewiesen, die nach Läsionen im Bereich der *Stammganglien*, der *inneren Kapsel*, bei *pontinen Herden* und bei *Rindenprozessen in der motorischen Region* auftreten können. Sie sind die Folge des Verlustes bzw. einer Herabsetzung des Tonus durch eine Störung der zentralen Bahn für die tonische Innervation der Gefäßwand, welche von der Bahn für die kinetische Funktion (Vasomotoren) abzutrennen ist (PAL). Mit Veränderungen des meßbaren Blutdrucks haben diese Verhältnisse nichts zu tun.

Bei vergleichender Palpation der Radialarterien beider Seiten findet man in solchen Fällen auf der zum Herd kontralateral gelegenen, also gewöhnlich auch motorisch beeinträchtigten Seite die Radialarterie weicher und mitunter auch weiter als die andere. Bei zentralen Reizungszuständen, wie in gewissen Stadien eines frischen Insultes oder bei Nachschüben, ist das Verhalten umgekehrt. Gleiche Befunde wie an den Radialarterien lassen sich meist — wenn auch wegen der größeren Schwierigkeit der Palpation in geringerer Ausprägung — an den Karotiden und den Femoralarterien erheben. Mit dem Verlust des Tonus geht auch in denjenigen Fällen, in denen eine Schlingelung der peripheren Arterien vorhanden ist — wie dies

bei primärer Hypertonie mit Altersveränderungen der Gefäße vorkommt —, eine Abnahme oder ein vollständiger Ausgleich der Schlingelung einher. Bezüglich aller Einzelheiten sei auf die obengenannten Arbeiten verwiesen.

Die Bahn für die tonische Innervation der Gefäße verläuft in unmittelbarer Nachbarschaft der motorischen Bahnen, und es wird deshalb durch ausgedehntere Läsionen im Verlauf dieser letzteren regelmäßig auch die Bahn für den arteriellen Tonus in Mitleidenschaft gezogen. Doch gibt es Insulte, besonders im Gebiet der Stammganglien, welche nur mit einer Tonusverminderung der Arterien auf der dem Herd kontralateralen Seite ohne Lähmungen einhergehen.

Ein sehr instruktiver Fall dieser Art wurde bereits an anderer Stelle mitgeteilt (5). Es handelte sich um eine Erweichung im Globus pallidus beiderseits bei einer Leuchtgasvergiftung. Rechts griff die Erweichung auf den dem Globus pallidus benachbarten Abschnitt des vorderen Schenkels der inneren Kapsel über. Dementsprechend war die linke Radialarterie deutlich hypotonischer als die rechte gewesen. Erscheinungen seitens der motorischen Sphäre oder Pyramidenzeichen hatten nicht bestanden.

Es kommt mitunter vor, daß *typische Hemiplegien oder -paresen*, wenn sie abklingen, als *einziges Residuum* eine noch nach einigen Jahren bestehende Pulsdifferenz hinterlassen. Wir ver-