

maler Tachykardie¹⁵⁾ bzw. mit paroxysmaler Hämoglobinurie¹⁶⁾ oder mit Epilepsie¹⁷⁾. Auch die vielfache Uebereinstimmung der Symptomatologie gehört hierher. So finden wir eine Reihe gemeinsamer Symptome z. B. beim Quinckeschen Oedem wie beim Basedow (Heredität, Bevorzugung des einen Geschlechts, Einfluss der psychischen Affekte, eine Reihe „nervöser“ Symptome), Tetanie, exsudative Diathese (das Wandern des Prozesses auf Kehlkopf und Bronchien, die ungünstige Wirkung des Chlornatriums), Anaphylaxie (Fieber, Krämpfe, Oedeme, Diarrhöen, Heredität). Der Forscher, welcher diesen Beziehungen seine Beachtung schenken will, findet hier einen fruchtbaren Boden für weitere Einsichten als nur in das Wesen des Quinckeschen Oedems.

Arbeiten der vom Aerztlichen Verein München eingesetzten Kommission zur Beratung von Fragen der Erhaltung und Mehrung der Volkskraft.

9. Zur Bekämpfung der Fehlgeburten.

Von Prof. Dr. A. Döderlein, München.

Eine der sorgenvollsten Fragen der Gegenwart ist die, wie der durch den Krieg so schwer erschütterte Volksbestand wieder gehoben werden kann. Mit der langen Dauer des Krieges wird diesmal mehr als je zuvor die Minderung der Volkszahl ausser durch den direkten Männerverlust durch die Behinderung des Nachwuchses auf lange Jahre hinaus empfindlich fühlbar sein. Die Staatsregierungen, Parlamente und nicht zum Mindesten die Aerzteschaft erwägen denn auch lange schon nach allen Richtungen hin das schon vor dem Kriege brennend gewordene und jetzt in den Vordergrund des Interesses gerückte Bevölkerungsproblem. Besonders bemühen sich auch die Geburtshelfer, wie unsere Literatur der neuesten Zeit zu erkennen gibt, wo überall der Hebel zur Bekämpfung dieser Gefahr angesetzt werden könnte. Auch die von dem Aerztlichen Verein München eingesetzte Kommission bearbeitet in eingehenden Beratungen alle hier einschlägigen Fragen, wobei sich ergibt, dass mit der Lösung einer Aufgabe immer wieder neue Gesichtspunkte auftauchen; die Hauptfragen lösen sich immer wieder in neue Unterfragen auf, ein Beweis für die ausserordentliche Mannigfaltigkeit und Bedeutung des in alle Lebensgebiete einschlägigen Problems.

Der schon vor dem Kriege die lebhafteste Besorgnis der Bevölkerungspolitiker erregende Geburtenrückgang hat sich durch den Krieg in einer Weise vertieft, dass hier in erster Linie eingegriffen werden muss, um den Volksbestand zu wahren. Die erste und wichtigste Ursache für diese betrübende Tatsache liegt, wie v. Gruber mit Recht und gebührendem Nachdruck vertritt, im mangelnden Zeugungswillen, der freilich oft kein ganz freier ist, sondern durch die Macht der Verhältnisse gefesselt wird. Aus den Verhandlungen unserer Kommission ist ersichtlich, welch umfassendes Arbeitsprogramm sich gerade bei der Inangriffnahme der hier einschlägigen Reformen ergibt. In vorbildlicher Weise hat das Bayerische Verkehrsministerium eine Denkschrift ausgearbeitet, die auf dem Wege weitgehender sozialer Versicherung eine Besserstellung seiner Beamtenfamilien erwirken soll und damit eine Erleichterung des Familienzuwuchses. In gleicher Richtung bewegen sich die Bestrebungen, den jungen Männern zu ausreichenden Einnahmen zur früheren Gründung des Familienstandes zu verhelfen, also zur Begünstigung der Frühe, weiter die so nötigen Verbesserungen in der Organisation der Frauenarbeit, Heimarbeit usw.

Ausser dieser Förderung des Zeugungswillens kommt für die Aerzte auch diejenige des Zeugungskönnens in Betracht durch die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Einführung des Heiratskonsenses u. a.

Einen gewichtigen Faktor zur Hebung des Volksbestandes stellt weiterhin die Bekämpfung der Kinderverluste in der Schwangerschaft und im ersten Lebensjahre dar, Aufgaben wieder ganz besonderer Art, die aber, auf wesentlich positiverem Boden stehen, ungleich aussichtsvoller und greifbarer sind, wenn sie auch zahlenmässig nur kleinere Erfolge versprechen. Es ist berechnet, dass in Deutschland vor der Geburt und im ersten Jahre nach der Geburt rund 4—500 000 Lebewesen zugrunde gehen, eine Ziffer, die in ihrer Schätzung gewiss nicht zu hoch, sondern eher noch zu klein gegriffen ist, und zwar werden sich diese Verluste ungefähr auf gleiche Teile vor und nach der Geburt berechnen. Für die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit ergibt sich wieder eine grosse Reihe von Einzelbestrebungen, neben den ärztlichen organisatorische für Säuglings- und Mutterschutz, Stillpropaganda usw.

Der Kinderverlust vor der Geburt schliesst die spezifische geburtshilfliche Aufgabe der Bekämpfung der Fehlgeburt in sich. So unsicher unsere Schätzung der Zahlen über die Fehlgeburten insgesamt wie über die verhältnismässige Häufigkeit ihrer verschiedenen Ursachen ist, so herrscht doch unter den neueren Autoren, die sich mit dieser Frage befasst haben, Einigkeit darüber, dass die Mehr-

zahl dieser Fehlgeburten verhütbar wären, weil sie künstlich erzeugt sind. Auch hier liegt es viel mehr am mangelnden Willen der Schwangeren, das empfangene Kind auszutragen, als am mangelnden Können, und dieser Unwille führt dann zu willkürlicher und in der weitaus grössten Mehrzahl der Fälle verbrecherischer Abtreibung durch Nichtärzte.

Das Strafgesetz wäre wohl imstande, diesem Uebel gegenüber die nötige Handhabe zur Bekämpfung zu geben; aber hier gilt der alte Satz: „Wo kein Kläger, da kein Richter“. Tatsächlich ist die Zahl der jährlich in Deutschland wegen Abtreibung abgeurteilten Personen im Verhältnis zu den mit Sicherheit zu vermutenden Abtreibungen lächerlich gering. Man hat Anhaltspunkte zu der Annahme, dass jährlich 100 000 Schwangerschaften auf diese Weise vernichtet werden. Die Reichskriminalstatistik ergibt, dass im Jahre 1882 191 Personen wegen Abtreibung bestraft wurden, 1890 243, 1900 411, 1908 773. Bei den einzelnen Strafprozessen erfahren wir Sachverständige nur zu regelmässig, dass die betreffenden Abtreiber jahrelang ihr heimliches Gewerbe getrieben haben, bis es gelungen ist, sie dessen zu überführen. Es ist dringend nötig, dass diesem gefährlichen Abtreiberwesen ganz anders zu Leibe gegangen wird, als dies bisher der Fall war. Dies verlangt ausser der Rücksichtnahme auf die Erhaltung Gezeugter auch die dringende Notwendigkeit, die Frauen selbst in Gesundheit und Leben vor diesem gefährlichen Tun zu bewahren. Die Frauen wissen, geblendet von dem dringenden Bestreben, das Schwangerschaftsprodukt los zu werden, gar nicht, welch grosser Lebensgefahr sie in dem Augenblicke entgegengehen, in dem sie diese Prozeduren an sich vornehmen lassen, die selbst unter dem Schutze der Antisepsis nicht ungefährliche Eingriffe darstellen, in den Händen dieser Menschen aber direkt lebensgefährlich sind. Dazu kommt, dass der dann folgende Abort solange wie möglich verheimlicht wird, die Frauen durch Blutungen und die Zersetzung des Eies äusserst heruntergekommen und oftmals zu spät ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, als dass sie noch gerettet werden könnten.

Dies alles erfordert mit Macht, dass von seiten des Staates in der Handhabung des Strafgesetzes alles geschieht, um endlich diesem unheilvollen Unwesen zu steuern, und es wäre falsch, hier vor durchgreifenden Massnahmen zurückzuschrecken. Mir scheint nur eine Abhilfe hier möglich, und das ist die obligatorische Anzeigepflicht aller Fehlgeburten, die am leichtesten auf die Spur führen kann, wo Abtreiberneester ausgehoben werden müssen.

Die Idee, die künstlichen Aborte anzuzeigen, ist schon alt und auf v. W i n c k e l zurückzuführen. Neuerdings ist sie von B u m m aufgegriffen worden und auf seine Veranlassung hin hat die erweiterte wissenschaftliche Deputation in Preussen in These 4 mit grosser Majorität beantragt: „Für die durch Aerzte vorgenommenen Unterbrechungen der Schwangerschaft ist die Anzeigepflicht einzuführen“. Auch W i n t e r befürwortet diese Anzeigepflicht der künstlichen Aborte von seiten der Aerzte.

Unserer Kommission schien diese Begrenzung auf die ärztlicherseits vorgenommenen künstlichen Aborte viel zu eng. Will man die von Hebammen ausgeführten künstlichen Schwangerschaftsunterbrechungen zu fassen bekommen, und die dürften doch zahlenmässig eine viel grössere Bedeutung haben als die von Aerzten, oder will man vollends auch die übrigen, kriminellen Aborte aufspüren, so gibt es nur eine Möglichkeit, und das ist, alle Aborte, die irgendwie in Behandlung kommen, auf ihre Entstehung zu prüfen, wozu die Anzeige am ehesten Veranlassung geben kann. Die Durchführung dieser Vorschrift wird auf keine grossen Schwierigkeiten stossen, da doch in der Seuchenbekämpfung die Grundlagen für eine derartige Anzeige vollkommen ausgebaut sind.

Die in gewissen Aerzten gelegene Gefahr, durch zu weitherzige Indikationsstellung unter der angeblichen Berechtigung des medizinischen Eingriffes die Schwangerschaften zu zerstören, hat zwar nach Ansicht aller Geburtshelfer numerisch keinen sehr grossen Einfluss. Es darf aber nicht verkannt werden, dass insbesondere in den Grossstädten in dieser Beziehung Uebelstände herrschen, die an der Wurzel gefasst werden müssen. Die Kommission hat deshalb beschlossen, auch hierin neue Vorschriften auszuarbeiten, die in Anlehnung an die bisherigen Erfahrungen einen Wandel der Dinge schaffen können.

Die Kommission hat sich auf folgende Leitsätze geeinigt:

1. Der in den Fehlgeburten zum Ausdruck kommende Verlust der Früchte vor der Geburt stellt einen gewichtigen Faktor in der Bevölkerungsfrage dar. Zuverlässige Statistiken über die Häufigkeit der Fehlgeburten existieren nicht, da keine Anzeigepflicht besteht. Die in der Literatur darüber auffindbaren Zahlen ergeben eine Schwankung der Häufigkeit der Fehlgeburten von 10—20 Proz. der rechtzeitigen Geburten.

2. Für Deutschland würde somit die Zahl der dadurch zu Verlust kommenden Kinder sich auf jährlich 2—400 000 belaufen, etwa ebensoviel als die Zahl der im ersten Lebensjahre zugrunde gehenden Säuglinge beträgt.

3. In der Berliner und in der Münchener Frauenklinik angestellte Berechnungen haben ergeben, dass die Zahl der Fehlgeburten in den letzten Jahrzehnten beständig zugenommen hat. Während sie beispielsweise bei 1000 Frauen, deren Generationszeit in die 60er und 70er Jahre des vorigen Jahrhunderts fiel, in Berlin 11,6 Proz.

¹⁵⁾ Herz: Zbl. f. inn. M. 1908 Nr. 12 u. Gyn. Rundschau 1913 Nr. 17 S. 628.

¹⁶⁾ Max Joseph: B.k.l.w.

¹⁷⁾ v. Radl. c.

in München 9,9 Proz. aller Schwangerschaften betrug, trafen in den Jahren 1913—15 bei je 1000 Frauen in Berlin 19,7 und in München 17,07 Aborte auf je 100 Geburten.

4. Bei den Ursachen der Fehlgeburten ist zu unterscheiden zwischen den von selbst infolge von Krankheiten der Mutter oder des Eies eintretenden und den durch Kunsthilfe erzeugten. Unter letzteren wiederum: 1. die verbrecherischen, 2. die aus ärztlichen Gründen herbeigeführten.

5. In welchem Häufigkeitsverhältnis die spontanen zu den künstlich erzeugten Fehlgeburten stehen, ist z. Z. nicht mit Sicherheit festzustellen. Auch hier ergeben die Beobachtungen in den verschiedenen Frauenkliniken grosse Schwankungen, insofern die Kliniken der grossen Städte einen sehr viel grösseren Anteil der künstlichen Fehlgeburten zu verzeichnen haben als diejenigen, denen vorzugsweise ländliches Material zugeht. In den grossen Städten wird die Häufigkeit der künstlichen Fehlgeburten auf etwa 60—80 Proz. aller geschätzt, in Berlin sogar bis auf 89 Proz.

6. Für die Entstehung der spontanen Fehlgeburten kommen die verschiedensten lokalen und allgemeinen Erkrankungen sowie Traumen der Mutter in Betracht und Erkrankungen des Eies, insbesondere fehlerhafte Anlage des Keimes. Eine gewichtige Rolle bei dem Kinderverlust vor der Geburt spielt die Syphilis, die im floriden Stadium zu der habituellen Frühgeburt faultoter Früchte Anlass gibt. In dem geburtshilflichen Material der Münchener Frauenklinik findet sich mit Hilfe der Wassermannschen Reaktion eine Häufigkeit von 9 Proz. (Sänger).

7. Das Strafgesetzbuch enthält in den Paragraphen 218—220 ausreichende Strafbestimmungen gegen verbrecherische Abtreibung.

8. Die Strafverfolgung von Nichtärzten wegen Abtreibung wird in der gerichtlichen Praxis nicht energisch genug gehandhabt und es wäre zweckmässig, wenn die Justizministerien auf eine Verschärfung der Untersuchung und frühzeitige Beiziehung ärztlicher Sachverständiger aufmerksam gemacht werden könnten.

9. Von besonderer Bedeutung im Kampfe gegen den verbrecherischen Abort wäre strengere Ueberwachung des kaufmännischen Vertriebs der dazu angepriesenen Mittel durch scharfe Kontrolle der einschlägigen Geschäfte und besonders durch Verbot der in den Tagesblättern täglich erscheinenden Anzeigen, die in verschleierte Form derartige Mittel anpreisen.

10. Am wirksamsten zur Bekämpfung der Abtreibung wäre sofortige Anzeigepflicht für Aerzte und Hebammen bei allen Fehlgeburten. Bei dieser Anzeige wäre seitens des Arztes auch der Name der Hebamme, falls die Patientin eine solche vorher zu Rate gezogen, anzuführen. Hat der Arzt selbst die Fehlgeburt eingeleitet, so sind die Indikation, die diese Massnahme geboten erscheinen liess, ebenso die Namen etwaiger Konsiliarärzte mitanzugeben. Unterlassung obiger Anzeige an die Behörden müsste streng bestraft werden.

11. In der Gesamtzahl spielen die von Aerzten erzeugten künstlichen Unterbrechungen der Schwangerschaft nur eine kleine Rolle. Es ist aber nicht zu verkennen und durch amtliche Umfrage festgestellt, dass die Zahl der ärztlicherseits vorgenommenen Unterbrechungen der Schwangerschaft in dauerndem Wachsen begriffen ist.

12. Es ist keine Frage, dass es Krankheiten gibt, in denen die Unterbrechung der Schwangerschaft dringend erforderlich ist zur Abwendung einer auf andere Weise nicht zu beseitigenden Gefahr für Leib und Leben der Schwangeren.

13. Bei der Indikationsstellung zur künstlichen Fehlgeburt sollen sich die Aerzte äusserste Zurückhaltung auferlegen.

Es ist nicht möglich, hier alle in Betracht kommenden Krankheiten aufzuzählen. Die grösste Rolle spielen dabei erfahrungsgemäss die Tuberkulose und die Herzkrankheiten.

Nur sicher aktive chronische Lungentuberkulose rechtfertigt den Eingriff. Bei vernarbten fibrösen Erkrankungen ist er nicht angezeigt, ebensowenig bei einer Veränderung der Bronchialdrüsen mit nur röntgenologischen Erscheinungen. Frühestens 2 Jahre nach Eintritt einer anhaltenden Besserung ist die Schwangerschaft ungefährlich. Bei akut fortschreitenden, floriden Erkrankungen des grösseren Teils der Lungen und bei milderer Tuberkulose kommt die Unterbrechung der Schwangerschaft nur zur Rettung lebensfähiger Kinder in Betracht, nicht aber zum Schutze der Mutter (v. Romberg).

Nur körperliche Herzkrankheiten mit sicherer Kreislaufschwäche (dekompensierte Klappenfehler, deutliche Herzmuskelsuffizienz) rechtfertigen die Unterbrechung der Schwangerschaft. Rein nervöse, psychogene Herz- oder Gefässstörungen gefährden auch bei schwerer Ausbildung die Mutter nicht. Die Fehlgeburt ist bei Herzkranken möglichst vor dem 7. Schwangerschaftsmonat einzuleiten (v. Romberg).

Ausserdem sei hier noch auf folgende besondere Indikationen hingewiesen:

1. Blutungen (Abortus incipiens),
 2. Retroflexio uteri gravidæ incarcerata irreponibilis,
 3. lebensgefährliche Hyperemesis nach Erschöpfung aller anderen Therapie,
 4. akutes Hydramnion,
 5. akute und chronische Nierenerkrankungen mit hochgradigen Oedemen oder Urämie,
 6. septische Pyelitis,
- Nr. 29.

7. gefährdrohende Chorea gravidarum,

8. Osteomalazie.

14. Die soziale und die eugenische Indikation sind unter allen Umständen abzulehnen.

15. Die Unterbrechung der Schwangerschaft bei gerichtlich festgestellter Nutzucht ist nicht strafbar.

16. Das Vorgehen bei der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft durch Aerzte ist reichsgesetzlich zu regeln. Die Anzeige zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft darf nie von einem Arzt allein gestellt werden. Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft darf nur nach Begutachtung durch zwei möglichst spezialistisch vorgebildete Konsiliarärzte vorgenommen werden, welche durch die staatlich anerkannten Standesorganisationen gewählt werden sollen. In allen unklaren Fällen ist nach Antrag der Konsiliarärzte oder an Stelle der Begutachtung durch diese eine mehrtägige Beobachtung in einer Anstalt vorzunehmen. Die hiezu geeigneten Anstalten werden durch die Standesorganisationen bezeichnet. Eine Nichtachtung dieser Regeln hat als standesunwürdig zu gelten. Die Standesvereine haben dagegen einzuschreiten, so lange eine reichsgesetzliche Regelung noch aussteht.

17. Die ärztliche Verordnung antikonzepzioneller Mittel sollte nur in besonderen Fällen erfolgen. Aeusserste Zurückhaltung muss Gewissenssache der Aerzte sein.

18. Die gleiche Zurückhaltung müssen die Operateure bei der Ausführung der künstlichen Sterilisierung der Frau einhalten, die ohne verstümmelnde Eingriffe womöglich nur die zeitweise Behinderung der Konzeption zum Ziele haben soll. Doch sind hier diese Indikationen noch viel enger zu ziehen wie diejenigen für die Einleitung des künstlichen Abortus.

Literatur.

- Benthin: D.m.W. 1916 Nr. 18 S. 540 u. Prakt. Ergebn. d. Geburtsh. 7. Jahrg. H. 2. — Bumm: Mschr. f. Geburtsh. 43. H. 5. S. 385; Zschr. f. Geburtsh. 79. H. 2. S. 343 und 357 und Das deutsche Bevölkerungsproblem. Rektoratsrede. Berlin 1916. (Norddeutsche Druckerei und Verl.-Anstalt. — Döderlein: M.m.W. 1916 S. 941 und Mschr. f. Geburtsh. 45. H. 4. S. 299. — Ebeler: Zbl. f. Gyn. 1916 Nr. 1 S. 15. — Ebermayer: Leipziger Zschr. f. Deutsches Recht 1914 Nr. 12. — Fehling: Mschr. f. Geburtsh. 45. H. 4. S. 366. — Fiessler: Arch. f. Kriminalanthropologie und Kriminalistik. 56. 1914. — v. Franqué: Juristisch-psychiatr. Grenzfragen, herausgeg. v. Finger und Hoche. 7. H. 4. 1910 und Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der prakt. Med. 16. H. 4. 1916. (Siehe hier auch weiteres Literaturverzeichnis.) — v. Gruber: Ursachen und Bekämpfung des Geburtenrückganges im Deutschen Reich. J. F. Lehmanns Verlag, München 1914. — Heinsius: Zbl. f. Gyn. 1917 Nr. 18 S. 427. — Jaschke: Zbl. f. Gyn. 1917 Nr. 3 S. 65. — Kehrner: Zbl. f. Gyn. 1916 Nr. 24 S. 465. — Krohne: Mschr. f. Geburtsh. 45. H. 1. S. 56. — Müller: Klinisch-therapeutische Wochenschr. 23. Jahrg. Nr. 43—48. — Nissle: Oeffentl. Gesundheitspflege. 1. Jahrg. H. 10. 1916. — Nürnberg: Mschr. f. Geburtsh. 45. H. 1. S. 23. — Rothe: Zbl. f. Gyn. 1917. Nr. 7. S. 177. — Saenger: Mschr. f. Geburtsh. 46. 1917. — Sellheim: Zbl. f. Gyn. 1915 Nr. 1; Zschr. f. ärztl. Fortbildg. 13. Jahrg. 1916 Nr. 13 und Mschr. f. Geburtsh. 45. H. 4. S. 371. — Siegel: Zbl. f. Gyn. 1917 Nr. 11 S. 257. — Stoeckel: Zbl. f. Gyn. 1916 Nr. 52 S. 1025. — Strassmann: Vrtljsh. f. gerichtl. M. 3. Folge. 49. H. 2. 1915. — Stratz: Zbl. f. Gyn. 1917 Nr. 15 S. 345. — Thorn: Zbl. f. Gyn. 1910 Nr. 15 S. 501 und Prakt. Ergebn. d. Geburtsh. 3. Jahrg. 2. Abt. 1911. — Veit: Prakt. Ergebn. d. Geburtsh. 7. Jahrg. H. 1. 1916. — Wingen: Die Bevölkerungstheorien der letzten Jahre. J. G. Cotta'sche Buchhdl. Nachf. Stuttgart und Berlin 1915. — Winter: Zbl. f. Gyn. 1916 Nr. 5 S. 97 u. 1917 Nr. 1 S. 1 und Med. Klin. 1917 Nr. 4 S. 85.

Kriegs-Schnellgeburten.

Von Dr. Max Nassauer, Frauenarzt in München.

Der Krieg hat uns den Begriff der „Kriegsamennorrhö“ geschaffen. Dietrich hat als erster darauf aufmerksam gemacht (Zbl. f. Gyn 6. 1917), dass ohne deutlich erkennbaren Grund während der Kriegsjahre auffallend häufig ein Aufhören der Menstruation für kürzere oder längere Zeit statthat. Er hat das Wort „Kriegsamennorrhö“ geprägt.

Seine Beobachtungen wurden von vielen Seiten bestätigt. In der Tat fällt jedem Frauenarzt mit grösserer Klientel, die ihm Vergleichsmomente gegen früher ermöglicht, die ausserordentliche Häufigkeit der Amenorrhö in diesen Kriegsjahren gegenüber den Friedensjahren auf. Die Untersuchung ergibt keine Schwangerschaft, auch sonst keinen von der Norm abweichenden Genitalbefund. Auch Allgemeinerkrankungen, Tuberkulose, Chlorose, Fettsucht etc., die häufig eine Amenorrhö bedingen, sind in diesen Fällen nicht vorhanden. Die Frauen klagen auch über keine besonderen Symptome. Meist wollen sie erfahren, ob sie schwanger sind, teils freudig hoffend, teils erschreckt und besorgt.

Selbstredend ist diesen Frauen allen ein Symptom gemeinsam, das die Kriegsnot mit sich bringt: eine mehr oder minder starke Ab-