

löser Meningitis mit positivem Wassermann im Blut ohne sonstigen Anhalt für Lues, bis auf eine Paraparesis spastica, also immerhin doch mit starkem Verdacht auf eineluetische Infektion. Quarta schwankt sogar in der Deutung des autoptischen Befundes und erinnert an die 5 Fälle Deitzkes, welcher beiluetischer Hirnhautentzündung auch knötchenförmige Leptomeningitis fand, welche sehr an Tuberkulose erinnerte. Im Fall Quartas sprach die vorhandene tuberkulöse Salpingitis sehr für tuberkulöse Natur der Meningitis; in unserem Fall kann, bei dem Fehlen jedes anderen Symptomes für Lues, die vorhandene Tuberkulose des Darmes und der Leber, mit dem autoptischen typischen Befund, keinen Zweifel an der tuberkulösen Natur der Meningitis lassen. Auch Ciuffini berichtet über die Schwierigkeit der Unterscheidung zwischen meningomedullärenluetischen und tuberkulösen Erscheinungen. Bei Nonne finden sich die Angaben, es sei in ganz seltenen Ausnahmen im Endstadium von schwerer Tuberkulose, ohneluetische Vorgeschichte, schon positiver Wassermann im Blut gefunden worden, ferner werde von einigen Autoren von Fällen berichtet, welche bei nichtluetischer Meningitis und positivem Wassermann im Blut einen solchen auch im Liquor hatten. Bei Plaut, Rehm und Schottmüller findet sich ferner noch die Angabe, dass auch bei Schlafkrankheit und Lepra schon positiver Wassermann im Liquor beobachtet wurde; mit Recht wird hinzugefügt, dass dies in unseren Zonen nicht zu differentialdiagnostischen Schwierigkeiten führen wird, dagegen dürfte der Satz, „dass für unsere Zonen die Spezifität der WaR. für Syphilis (namentlich im Liquor) fast absolut gesichert ist“, neben der in diesem Satz schon ausgesprochenen Einschränkung durch unsere Beobachtung noch eine weitere Einschränkung erfahren. Dass bei Frambösie, Schlafkrankheit, Malaria, Scharlach positiver Wassermann im Blut vorkommt, ist bekannt. Auffallend ist die Tatsache, dass der Wassermann in beiden Fällen 4fach positiv war, und interessant ist, dass auch der Nonne-Apelt sehr stark positiv ausfiel, welcher sonst bei tuberkulöser Meningitis nur schwach positiv zu sein pflegt.

Der zweite Fall bietet insofern praktisches Interesse, als wir vorübergehend durch den positiven Wassermann an unserer, wie sich zeigte, richtigen Diagnose zweifelhaft wurden, und vorsichtshalber eine antiluetische Behandlung anwandten. Es muss eben in solchen Fällen doch letzten Endes das klinische Bild den Ausschlag geben, das denn auch im Stadium der Verschlimmerung entscheidend für Tuberkulose sprach; besonders hinweisen möchten wir auf die Wichtigkeit des Auftretens des typischen Spinnwebsgerinnsels; weder bei der epidemischen Genickstarre, noch bei organischenluetischen Erkrankungen konnten wir es nur annähernd so ausgeprägt beobachten, wie gerade bei der tuberkulösen Meningitis. Plaut, Rehm und Schottmüller fanden zwar das Fibrinnetz auch bei anderen unter Entzündungserscheinungen einhergehenden Prozessen im Gehirn, sind aber auch der Ansicht, dass in der überwiegenden Anzahl der Fälle das Gerinnsel für Tuberkulose spricht. Vielleicht kann mittels einer einfachen Methode der Fibringehalt des Liquors quantitativ bestimmt werden, und als weiteres differentialdiagnostisches Merkmal in solchen Fällen zwischenluetischer und tuberkulöser Meningitis dienen.

Zusammenfassung.

Bei je einem Fall von Meningokokken- und tuberkulöser Meningitis wurde im Liquor positiver Wassermann beobachtet — im ersten vorübergehend —, für Lues ergab sich in beiden Fällen keinerlei Anhalt, in dem einen auch autoptisch nicht.

Literatur.

V. Quarta: Ref. im Zbl. f. Tbk. 9. S. 453. — Deitzke: Ebenda. — Ciuffini: Ref. in der Zschr. f. Tbk. 20. S. 88. — Nonne: Syphilis und Nervensystem, 3. Aufl. — Plaut, Rehm, Schottmüller: Leitfaden zur Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit. Jena 1913.

Aus der K. II. Universitäts-Klinik für Frauenkrankheiten in München (Vorstand: Prof. Amann).

Zum Bevölkerungsproblem*).

Von Professor Dr. J. A. Amann.

Die Zukunft des Staates hängt in erster Linie von dem dauernden Zuwachs einer gesunden Bevölkerung ab, bestehend in einem regelmässigen namhaften Ueberschuss der Geburten über die Todesfälle. Die Bevölkerung Deutschlands hat sich trotz der entsetzlichen Verhältnisse nach dem dreissigjährigen Kriege in kurzer Zeit verdoppelt und verdreifacht. Auch nach 1870 gestaltete sich der Bevölkerungsauftrieb noch sehr günstig.

Doch in den letzten Jahrzehnten sehen wir trotz der besser gewordenen sozialen Verhältnisse eine geringere Volkszunahme als vorher. Seit dem Jahre 1876 ist ein Geburtenrückgang um 50 Proz. zu beobachten; wenn trotzdem die Bevölkerung Deutschlands bis vor diesem Kriege noch jährlich um 80 000 Menschen gewachsen ist, so ist dies auf die Verbesserung der Sterbefälle zurückzuführen: auf 10 000 Einwohner treffen 276 Geburten, aber nur 160 Todesfälle.

* Vortrag, gehalten in der Münchener gynäkologischen Gesellschaft am 14. III. 1918.

Aus der Beziehung der Geburtenzahl zur Zahl der Sterbefälle ergibt sich nun, dass, wenn es so weiter geht, in 10 Jahren Geburten und Todesfälle sich ausgleichen und der Bevölkerungsstilstand, wie wir ihn schon vor dem Kriege in Frankreich hatten, eintreten wird. Damit wäre die Gefahr heraufbeschworen, der die antiken Kulturvölker erlegen sind: die Gefahr der Ueberflügung und Ueberwucherung durch die fortpflanzungstüchtigen Nachbarvölker.

Bei Zugrundelegung unserer Geburtenzahl im Jahre 1870 lässt sich folgende Berechnung anstellen:

Im Jahre 1870 trafen auf 10 000 Einwohner 400 Geburten, es müssten demnach für die gegenwärtig 68 000 Millionen betragende Bevölkerung Deutschlands 2720 000 Geburten treffen. Tatsächlich sind aber nur 1 818 596 Geburten eingetreten, es besteht daher ein jährliches Defizit von 900 000 Geburten.

Anteil am Fortpflanzungsausfall gegen den Stand v. 1870

Fortpflanzungsausfall: 900 000	Künstl. Abort: 100 000
Freiwill. Beschrkng. 800 000	(davon ärztl. indiz. 18 000)

Es trafen 1870 auf 10 000 Einw. 400 Geburten.

Demnach wären für 1914 bei 68.000.000 Einw. zu erwarten 2.720.000 Geburt.

Tatsächlich trafen auf 1914 nur 1.818 000 "

Also ein Defizit von rund 900 000 "

Tafel 1.

Wollen wir Wege finden, diesen Rückgang zu bekämpfen, so müssen wir in erster Linie die Aetiologie dieser Krankheit zu erkennen suchen. Nur eine kausale Behandlung kann auf Erfolg rechnen, eine symptomatische kann nichts nützen.

Ob das Sinken der Geburtenziffer unbedingt als eine Kalamität zu betrachten ist, darüber gehen die Ansichten auseinander, je nachdem mehr vom sozialen privatwirtschaftlichen oder vom nationalen volkswirtschaftlichen Standpunkte aus die Frage betrachtet wird. Das privatwirtschaftliche Ideal, dem Einzelnen möglichst viel an wirtschaftlichen Gütern zur Verfügung zu stellen, lässt eine geringere Kinderzahl wünschenswert erscheinen. Vom nationalen Standpunkt aus wird eine grössere Menschenzahl gefordert, die einer Nation erhöhte Geltung verschafft, ohne Rücksicht auf das Wohlergehen des Einzelnen. Das Ideal scheint jedoch in einem gewissen Ausgleich von individuellen und nationalen Motiven zu liegen (Wolf).

Es fällt auf, dass der Geburtenrückgang eine allen modernen Kulturvölkern gemeinsame Erscheinung ist. Die Notlage, in welcher ein Staat durch den Bevölkerungsrückgang kommt, und das abschreckende Beispiel der an mangelndem Nachwuchs zugrunde gegangenen antiken Kulturvölker, hat von jeher zu den eingehendsten Untersuchungen über die Ursachen des Rückganges geführt und eine Fülle von Vorschlägen, zum Teil recht phantastischer Art, gezeitigt.

Poncet de la grave hat z. B. im Jahre 1801 gefordert: Alle ledigen Personen im Alter von 25—60 Jahren sollen für alle Zukunft für unfähig erklärt werden, ein Staatsamt oder eine sonstige Stelle zu bekleiden, auch sollten diejenigen ledigen Personen, die eine solche Stelle bereits innehaben, diese sofort aufgeben, sofern sie nicht den Strafen, auf 10 Jahre in Ketten geschlagen zu werden oder der Konfiskation des Vermögens verfallen wollen, und weiter unten: Es wurde weiter vorgesehen, ein Institut von Zensoren zu schaffen, die die ledigen Personen zu beaufsichtigen hätten, ferner Schaffung von besonderen äusseren Merkmalen, um diese Personen leicht erkenntlich zu machen. Zu diesem Behufe sollten die Männer eine gelbe Kokarde, die Mädchen einen gelben Schleier tragen.

In Deutschland ist noch ein Geburtenüberschuss gegenüber den Sterbefällen um 13 Prom. vorhanden; in Russland besteht ein Geburtenüberschuss gegen die Sterbefälle um 40 Prom.; in Frankreich werden dagegen um 13 000 Menschen weniger geboren als sterben.

Wollen wir uns ein Bild machen über die Komponenten, durch welche dieser Entgang an Menschenleben zustandekommt, so werden wir zweckmässig drei Hauptgruppen unterscheiden: 1. der Nachkommenschaftsausfall durch Momente, welche vor der Konzeption einwirken, 2. der Nachkommenschaftsausfall durch Schwangerschaftsunterbrechung und 3. der Nachkommenschaftsausfall durch Säuglingssterblichkeit und Kindersterblichkeit.

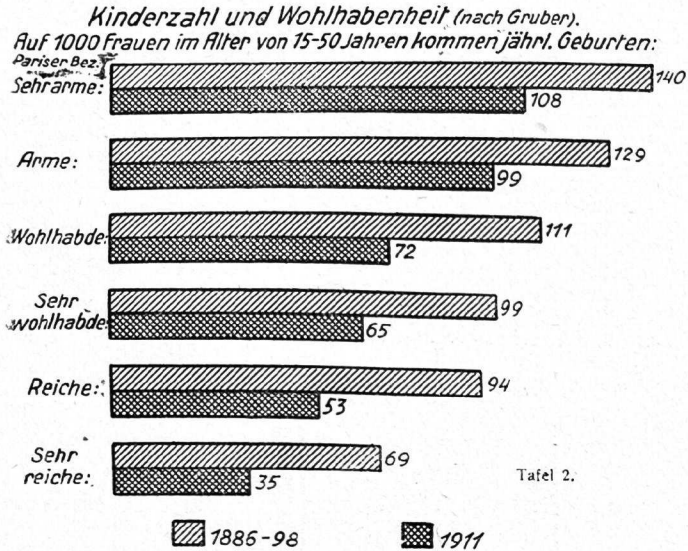
ad 1. Die Ursachen des Konzeptionsausfalles beruhen auf:

- Nichtzeugen wollen
- Nichtzeugen können und
- Nichtzeugen dürfen.

Für a), das Nichtzeugen wollen, kommen ideelle und materielle Motive in Betracht.

Die sog. Rationalisierung des Sexuallebens (J. Wolf), die Unterordnung des Trieblesbens unter den Verstand, ergibt sich zum Teil aus dem höheren Kulturniveau des modernen Lebens; die steigende Bildung der Menschen im allgemeinen bedingt einen erhöhten Anspruch auf eine einer besseren gesellschaftlichen Stellung entspre-

schende Lebensführung. Es erscheint ein stärkerer Individualisierungsdrang, der Wunsch nach Freiheit, nach einem Leben ohne Störung, um Idealen wissenschaftlicher oder künstlerischer Art, oder auch den Freuden des Lebens, dem Luxus, dem materiellen Genuss oder der Bequemlichkeit sich hingeben zu können. Gleichzeitig tritt aber auch ein stärkeres Verantwortlichkeitsgefühl für eine entsprechende Erziehung der Kinder und die spätere gesellschaftliche Stellung derselben zutage. Bei einer zahlreichen Familie lässt sich dies kaum durchführen.



In materieller Beziehung spielt natürlich das soziale Elend eine grosse Rolle; die Beschränkung der Kinderzahl ist ein Akt der Notwehr im wirtschaftlichen Kampfe.

Bei diesen mehr minder egoistischen Motiven tritt natürlich das Gefühl für die Allgemeinheit in den Hintergrund, ebenso die religiösen Vorschriften.

Durch die Frauenbewegung, durch die Berufstätigkeit der Frau, werden viele Frauen der ehelichen Bestimmung entzogen.

Die freiwillige Konzeptionsverhinderung entspricht nach Bumm einem jährlichen Ausfall von 800 000 Schwangerschaften. Hierbei stellt die gesteigerte technische Möglichkeit der Konzeptionsverhütung eine äusserst bedeutsame Hilfsursache dar.

b) Das Nichtzeugen können wird am deutlichsten illustriert durch die grosse Zahl steriler Ehen (Deutschland 7-10 Proz., Berlin 11 Proz., Frankreich 12,5 Proz., Paris 16 Proz., Vereinigte Staaten 14 Proz.). Von den sterilen Ehen sind 70 Proz. durch angeborene Fehler (Infantilismus) bedingt, 20 Proz. durch gonorrhöische Infektion entstanden, die beim Manne in 5 Proz. Zeugungsunfähigkeit und bei der Frau in 20 Proz. eine Schädigung der Empfängnisfähigkeit bedingt. (In den Gebäranstalten grosser Städte leiden 15-20 Proz. der Schwangeren an Gonorrhöe, die Einkindersterilität beruht meist auf gonorrhöischer Infektion.) Ferner spielen Lues, Alkoholismus, Nierenkrankheiten etc. eine Rolle.

Man hat den durch sterile Ehen bedingten jährlichen Geburtenausfall auf 66-100 000 Geburten ausgerechnet.

c) Für das Nichtzeugen dürfen kommen in Betracht das Zölibat, die geistlichen Orden, die Lehrerinnen, Beamtinnen, Krankenpflegerinnen, die Heiratserschwerung für Offiziere, Staatsbeamte, Bauern, besonders jüngere Söhne derselben. Aus dem Ehekonsens für Offiziere usw. ergibt sich allerdings eine offizielle Anerkennung des Staates für die Notwendigkeit der Beschränkung der Kinderzahl aus finanziellen Gründen. Auch die Schwierigkeit der Ehescheidung soll hier erwähnt werden. Nicht zu vergessen sind hier die Bestrebungen der Eugenik, welche die Erzeugung und Fortpflanzung von konstitutionell minderwertigen verhindern will.

In unlösbarem Widerspruch zur Erschwerung der Heiratsmöglichkeit steht die Massenmoral, welche das schwerste Odium auf die uneheliche Mutterschaft und auf das uneheliche Kind wirft.

Wir haben also ausser dem durch Krankheiten bedingten Ausfall von Konzeption eine enorme Gruppe von willkürlichen Konzeptionsverhinderungen. Die wirkliche Grösse des Entgangs zahlenmässig festzulegen, ist nicht möglich, doch steht fest, dass weitaus der grösste Teil durch Prohibitivverkehr zustandekommt.

ad 2. Die Schwangerschaftsunterbrechung. In Deutschland erreichen jährlich ca. 2 Millionen Schwangerschaften ihr normales Ende. In 250 000 Fällen kommt es zum Abortus (Siegel), also in 12-13 Proz.; hiervon sind 200 000 Aborte (also 10 Proz. aller Schwangerschaften) als spontane aufzufassen und 50 000 (also 2-3 Proz. aller Schwangerschaften) als künstliche. Von den letzteren dürften 32 000 kriminell oder mangelhaft

indiziert (15 Proz. der Aborte) und 18 000 strengstens ärztlich indiziert sein. In Grossstädten ist das Prozentverhältnis der Aborte höher: In Berlin 20 Proz., in München 15 Proz., in Freiburg 10 Proz. Bei der Landbevölkerung viel geringer. Siegel berechnet nun unter Berücksichtigung des Verhältnisses des Grossstadtmaterials zur Landbevölkerung für ganz Deutschland 12-13 Proz.; es ergibt sich also, dass die neben den 10 Proz. spontanen Aborten vorhandenen 2 bis 3 Proz. kriminellen und ev. vermeidbaren Aborte nur einen ganz winzigen Bruchteil der Ursachen des Geburtenrückganges darstellen.

Die Zahl der rein kriminellen Aborte schwankt bei der Grossstadt- und Landbevölkerung in enormen Grenzen:

Für Berlin sind 66-89 Proz., München 33 Proz., Freiburg 7 Proz., Königsberg 1,2-6,4 Proz. der Aborte kriminell. Für ganz Deutschland ist anzunehmen, dass höchstens 15 Proz. aller Aborte kriminell sind.

Die Schwierigkeit der zahlenmässigen Berechnung ist eine sehr grosse. Je nach der Einschätzung der grossstädtischen und ländlichen Verhältnisse kommen die Autoren zu divergenten Ansichten. Für die Abschätzung, ob ein Abort spontan oder kriminell ist, hat man wohl mit Recht den fieberhaften Verlauf (Nürnberger) herangezogen. Die spontanen Aborte entstehen durch Lues (9 Proz., Sängler), Nephritis und besonders aus Schädigungen durch den Beruf der industriell arbeitenden Frau.

Besonders schwierig ist es, ein Urteil abzugeben, ob von seiten der Aerzte eine zu weite Indikation zur Aborteinleitung gestellt wird. Die Tatsache, dass bei den zur Aborteinleitung in die Klinik eingewiesenen Patientinnen nur in der Hälfte bis ein Drittel der Fälle eine wirkliche Indikation gefunden wird, lässt meines Erachtens noch keineswegs den Schluss zu, dass in allen diesen Fällen der Arzt ohne unsere Zuziehung den Abortus eingeleitet hätte; im Gegenteil, in diesen Fällen erscheint den Aerzten die Indikation sehr zweifelhaft, daher wünschen sie das Gutachten eines Klinikers. Auch wollen sie ev. auf diese Weise dem Drängen der Patientinnen entgegen. Ich halte es nicht für angängig, dass in den Besprechungen über diesen Punkt nicht selten von Aerzten ihren Kollegen unlaute Motive finanzieller oder anderer Art zugemutet werden. Entweder handelt es sich um einen gewissenhaften Arzt, der nur nach strenger ärztlicher Indikation handelt, oder es handelt sich um einen gewissenlosen Arzt, der aus finanziellen Gründen oder sonst leichtfertig handelt, — dann ist er der ärztlichen Standesehre unwürdig und gehört zu der Gruppe der Abtreiber, gewisser Hebammen etc. und muss gerichtlich verfolgt werden; die ärztlichen Standesvereine müssen solche Aerzte auffindig machen und energisch dagegen vorgehen.

Die weitaus grösste Mehrzahl der kriminellen Aborte wird aber durch Nichtärzte oder durch die Patientinnen selbst (nach einer Berechnung eigenhändig in 51,7 Proz.) vorgenommen.

Auch eine sog. weitherzige Indikationsstellung seitens mancher Aerzte hat nach der Ansicht aller Autoren zahlenmässig so gut wie keinen Einfluss auf den Geburtenrückgang. Ich möchte dies ausdrücklich betonen, da in manchen ärztlichen Diskussionen in sehr scharfer Weise gegen eine weitergehende Indikationsstellung vorgegangen wird; wenn ein Laie einen solchen Sitzungsbericht zu Gesicht bekommt, so könnte er glauben, dass die Aerzte am Geburtenrückgang schuld seien.

Dass gerade beim künstlichen Abort von seiten des Arztes in denkbar gründlicher Weise nach peinlichsten wissenschaftlichen Erwägungen nur unter Beiziehung anerkannter Spezialisten verfahren werden darf, ist für einen gewissenhaften Arzt eine Selbstverständlichkeit, und daraus ergibt sich von selbst, dass es eine ärztliche Ehrenpflicht ist, die Indikationsstellung nach Möglichkeit einzuschränken. Aber der Arzt muss sich auch bewusst sein, dass die Ablehnung eines Abortus ebenso verantwortungsvoll ist, wie die Einleitung, und dass die künstliche Unterbrechung einer Schwangerschaft zwar die Tötung eines Kindes darstellt, die Unterlassung der Unterbrechung aber unter Umständen die Tötung von Mutter und Kind bedeuten kann. (Ich erinnere hier z. B. an Fälle von Kehlkopftuberkulose.) Des öfteren ist schon aus übertriebener sog. Gewissenhaftigkeit die Unterbrechung erst an der Sterbenden vorgenommen worden.

Auf die Indikationsstellung zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft will ich hier im Einzelnen nicht eingehen, sondern nur auf einige Punkte hinweisen. Eine gynäkologische Indikation ist nur äusserst selten gegeben, höchstens bei Retroflexio uteri gravidi, Placenta praevia, Blasenmole und bei Kombinationen von Gravidität mit Myom, Karzinom und sonstigen Tumoren — da werden wir auf Grund der eigenen spezialärztlichen Erfahrung zu entscheiden haben. Bei allen anderen Komplikationen werden wir nur nach Beratung mit anerkannten Vertretern des betreffenden Spezialfaches handeln.

Für die Beurteilung des Schwangerschaftseinflusses auf die Tuberkulose möchte ich darauf hinweisen, dass es wichtig ist, die Erfahrungen über die späteren Schicksale der Mütter zu sammeln, denn die Schwangerschaft scheint in diesen Fällen weniger gefährlich zu sein, als das Wochenbett und die folgende Zeit. Die Sterblichkeit

der verheirateten tuberkulösen Frauen ist doppelt so gross wie die der unverheirateten gleichaltrigen Tuberkulösen, was nur auf den Einfluss der Gravidität zurückgeführt werden kann (Rode-Christiana). Auch bei anderen Erkrankungen, Herz, Niere, Nierenbecken etc. sollten mehr Beobachtungen über das spätere Verhalten der Frau durch öftere Beratungen mit Spezialkollegen gesammelt werden.

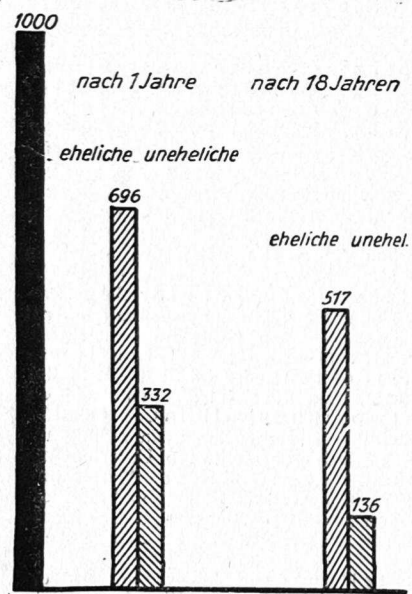
Dass eine soziale Indikation als solche zu verwerfen ist, ist klar. Doch kann die soziale Komponente beim Urteil über die Bedeutung einer Krankheit für einen speziellen Fall nicht entbehrt werden.

Die eugenische Indikation ist ebenfalls nach der allgemeinen Ansicht zu verneinen, doch möchte ich hier die Anregung geben, dass einmal gemeinsam mit Psychiatern und Juristen über die Bedeutung der hereditären Belastung bei Blinden, Taubstummen, Alkoholikern, Psychopathen, beraten wird. Steindorf stellte in der Berliner Ophthalmologischen Gesellschaft zwei Schwestern von 9 und 6 Jahren mit doppelseitiger Optikusatrophie und chorioiditischen Veränderungen in der Makula vor. Ein drittes Kind, 1 Jahr alt, zeigt die gleiche Erkrankung. Alle drei Nystagmus, die Mutter ist wieder gravid; die geforderte Schwangerschaftsunterbrechung wird abgelehnt. Ein ganz analoger Fall von familiärem Gliom ist eben im Zbl. f. Gyn. 1918 Nr. 10 vom Heine publiziert worden. In Deutschland sind 2—300 000 Schwachsinnige verheiratet und von den Geisteskranken ein Viertel, d. h. 30 000. Von 8600 taubstummen Kindern haben mehr als die Hälfte ihr Leiden ererbt. Der Staat muss enorme Summen für die minderwertigen Elemente ausgeben. Jens berechnet für Hamburg 31,6 Millionen. Nach alledem gewinnt man den Eindruck, dass es doch zweckmässig sein dürfte, zunächst rein wissenschaftlich und statistisch diese Fragen nochmals durchzuprüfen.

Die klinische und wissenschaftliche Durcharbeitung der Indikationsstellung zur Schwangerschaftsunterbrechung überhaupt muss möglichst gefördert werden, hier können gerade auch die praktischen Aerzte mit Spezialkollegen zusammen sehr wichtige Beiträge liefern, da sie als Hausärzte die Möglichkeit jahrelang fortgesetzter Beobachtung haben. In umfassender Weise sollte von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie, wie diess schon mehrfach vorgeschlagen wurde, eine Sammelforschung durchgeführt und eine Zusammenfassung der Ergebnisse den Aerzten möglichst zugänglich gemacht werden.

Warum wird nun so häufig von den Frauen die Abtreibung der Leibesfrucht verlangt? Die Gründe, warum sich die Natur des Weibes derart umwandelt, dass es sich vom Kinde abwendet und mit allen Mitteln trachtet, die Frucht los zu werden, sind der Hauptsache nach die gleichen, wie sie oben für die Konzeptionsbehinderung bereits angegeben wurden. Ledige und Verheiratete sind hier in gleicher Weise beteiligt. Bei den Ledigen ist die Furcht vor der Schande und der gesellschaftlichen Erniedrigung, verbunden mit sozialem Elend und Not die Haupttriebfeder. Weder die Gefahr schwerer gesundheitlicher Schädigung, noch drohende gerichtliche Verfolgung kann die Schwangere verhindern, von einer Stelle zur anderen zu wandern, bis sie Mittel und Wege gefunden hat, das Schwangerschaftsprodukt los zu werden. Die Vorstellung von der Zukunft der unehelichen Mutter und des unehelichen Kindes schwebt ihr als schwarzes Gespenst in der entsetzlichsten Weise vor. Die psychische Alteration erklärt die fortgesetzten Abtreibungsversuche bzw. den Kindsmord, den Selbstmord, die Kindsaussetzung, die Vernachlässigung bzw. absichtliche Schädigung des Neugeborenen und des heranwachsenden Kindes.

Es leben von 1000 Geborenen



Tafel 3. Nach einer von Schauta zitierten österreichischen Statistik graphisch dargestellt.

des unehelichen Kindes schwebt ihr als schwarzes Gespenst in der entsetzlichsten Weise vor. Die psychische Alteration erklärt die fortgesetzten Abtreibungsversuche bzw. den Kindsmord, den Selbstmord, die Kindsaussetzung, die Vernachlässigung bzw. absichtliche Schädigung des Neugeborenen und des heranwachsenden Kindes.

ad 3. Säuglings- und Kindersterblichkeit bis zum 19. Lebensjahre.

Unter den 2 Millionen Geburten sind 55 000 Totgeburten, hievon sind 9000 durch Lues bedingt, die übrigen durch Geburtsschädigungen etc. Die Kindersterblichkeit bis zu einem Jahr ist 300 000 von 2 Millionen.

Eine von Schauta zitierte Statistik aus Oesterreich ergibt: von 1000 ehelichen Kindern erreichten das 1. Jahr 696, das 19. Jahr 512. von 1000 unehelichen Kindern erreichten das 1. Jahr 332, das 19. Jahr 136.

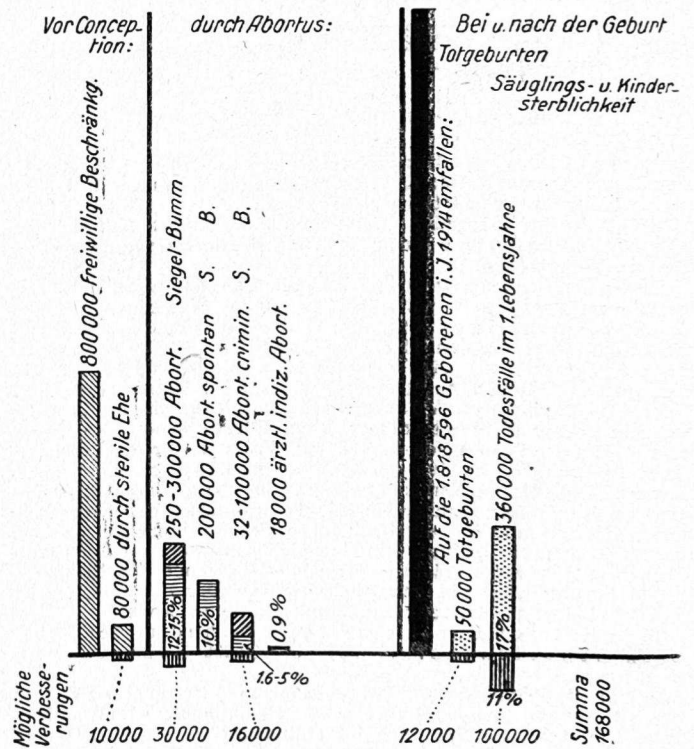
(Siehe nebenstehende Tafel 3.)

Die Kindersterblichkeit ist im ersten Lebensjahr in den verschiedenen Staaten sehr verschieden.

(1907) Deutschland	17,6 Proz.	Bayern:	ehelich 16,8 Proz. unehelich 28,5 Proz.
		Niederbayern:	ehelich 26,7 Proz. unehelich 33,5 Proz.
Italien	15,6 Proz.		
Belgien	13,2 Proz.		
Schweiz	12,1 Proz.		
England	11,8 Proz.		
Niederlande	11,2 Proz.		
Schottland	11,0 Proz.		
Dänemark	10,8 Proz.		
Irland	9,2 Proz.		
Schweden	7,7 Proz.		
Norwegen	6,7 Proz.		

Die Kindersterblichkeit bis zum 15. Jahre macht die Hälfte der ganzen Sterblichkeitsziffer aus, im ersten Lebensjahr fast ein Drittel.

Nachkommenschaft-Ausfall



Tafel 4. Ich habe versucht, in den beigegebenen Kurven eine graphische Darstellung über die Höhe der einzelnen Zahlen zu machen. Die Zahlen sind keineswegs nur klinischem Material entnommen, sondern aus verschiedenen eingehenden Arbeiten entnommen.

Bei der Tafel 1 habe ich die, wie mir scheint, wichtige, schon eingangs erwähnte Berechnung des jährlichen Geburtenausfalls von 900 000 (aus dem Vergleich mit den Zahlen von 1870) zugrunde gelegt und die Beteiligung der Konzeptionsverhinderung und Schwangerschaftsunterbrechung eingetragen.

Tafel 2 gibt eine graphische Darstellung der Beziehung von Kinderzahl zur Wohlhabenheit.

Tafel 3 bezieht sich auf die von Schauta zitierte österreichische Statistik.

In Tafel 4 wollte ich einen bildlichen Ueberblick über den Nachkommenschaftsausfall geben, wie er sich durch Konzeptionsverhinderung, durch Schwangerschaftsunterbrechung und durch Totgeburten und Kindersterblichkeit ergibt. Gleichzeitig habe ich versucht, an der Kurve unten die Zahlenverhältnisse der ev. erreichbaren Verbesserungen graphisch darzustellen.

Die Vorschläge, welche wir zur Bekämpfung des Nachkommenschafts-

ausfallen machen können, müssen sich naturgemäss in erster Linie gegen die Ursachen richten.

ad 1. Konzeptionsverhinderung und sterile Ehen.

a) Konzeptionsverhinderung.

In oberen Kreisen dürfte es zweckmässig sein, die Einsicht zu wecken, dass die kulturell wertvollsten Teile des Volkes durch Beschränkung künstlich sich ihres Einflusses auf die Entwicklung des Volkes berauben und sich dem Aussterben aussetzen.

Die obersten und oberen Kreise müssen vorangehen mit dem Beispiel, dass jedes seinen Stolz und Wert darin suchen muss, seine rein individuellen Genüsse und Bequemlichkeiten zurücktreten zu lassen, soweit das Gesamtwohl des Stammes dadurch schwer getroffen wird; diese Kreise müssen auch vorangehen mit der Einfachheit der Lebensweise in bezug auf Kleider, Schmuck, gesellschaftlichen Aufwand usw., damit auch die weniger bemittelten Kreise erkennen, dass ein standesgemässes Leben ohne besonderen Vermögensaufwand möglich ist.

In mittleren Kreisen käme besonders in Betracht die Erleichterung der Heirat, auch die Erleichterung der Scheidung bei Sterilität, vor allem die Besserung der Gehaltsverhältnisse bei Verheirateten (75 Proz. der Beamten haben 0 bis 2 Kinder), die Unterstützung kinderreicher Familien und die Bevorzugung deren Väter bei Bewerbungen.

In unteren Kreisen die Besserung sozialer Verhältnisse, die Unterstützung der Mütter, und zwar schon 3 Monate vor der Geburt, Ausdehnung der Unterstützung auch auf Heimarbeiterinnen, Vermehrung der Gebäranstalten auch auf dem Lande (Kreisentbindungsanstalten, die von grösster Bedeutung für die Herabsetzung der Säuglingssterblichkeit auf dem Lande wären), Stillprämien und Vorbildung für den Mutterberuf in den Schulen, Wochenhilfe, Familienbeihilfen, Schaffung gesunder und billiger Wohnungen.

Im ganzen müsste eine grosszügige staatliche Begünstigung der kinderreichen Ehen eintreten. Es müsste bei Besteuerung, Gehalts- und Lohnzahlung, Staatsanstellung die Kinderzahl in bevorzugende Rechnung gestellt werden, Kinderlose müssten für Kinderreiche entsprechend herangezogen werden. Die Frühehe müsste in jeder Weise ermöglicht und gefördert werden, endlich müsste sich die Boden- und Wohnungsreform in allererster Linie der kinderreichen Familie annehmen.

Besonders wichtig erscheint die Sorge für die Neugeborenen durch Errichtung von Findelhäusern mit Geheimhaltung; der Fortfall der Meldung an Heimatgemeinde bei Unehelichen, Kindererziehung und Bewahranstalten für gewerblich tätige Frauen.

Die antikonzeptionellen Mittel, soweit sie nicht die Uebertragung von Geschlechtskrankheiten verhüten, sollen verboten und nur auf ärztliche Verordnung abgegeben werden.

Gegen die Konzeptionsunfähigkeit, die sterilen Ehen, ist vorzugehen durch Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Lues, Gonorrhöe, prinzipiell konservative Behandlung der entzündlichen Adnexveränderungen, die Erleichterung der Ehescheidung bei Sterilität. Die Sterilisierung soll ebenso wie der künstliche Abortus nur nach Konzilium mit Spezialfachkollegen gemacht werden dürfen. Auch die Besserung der Wohnungs- und Erwerbsverhältnisse dürfte einen gewissen Einfluss ausüben.

Gegen die Gruppe des Konzeptionsausfalles durch Nichtzeugendürfen käme besonders die Erleichterung der Heiratsmöglichkeit und die Gehaltsaufbesserung in Betracht. Die Anstellung im Reichs-, Staats- und Gemeindedienst, auch im Schuldienst, soll verheirateten Frauen nicht unbedingt unmöglich gemacht werden.

ad 2 Schwangerschaftsunterbrechung.

Beim spontanen Abortus käme die Bekämpfung der Ursachen desselben: die Geschlechtskrankheiten, besonders Lues, dann Nephritis, die gewerblichen Schädigungen der arbeitenden Frauen, vor allem in Betracht.

Zur Bekämpfung des artifiziellen Abortus erscheint es mir vor allem wichtig, eine Sinnesänderung gegenüber der unehelichen Mutter und dem unehelichen Kinde zu erreichen. Für die uneheliche Mutter und das Kind muss künftighin ganz anders gesorgt werden. Die Grundsätze, auf denen ein norwegisches Gesetz von 1915 aufgebaut ist (siehe M.m.W. 1918 S. 281) scheinen mir beachtenswerte Richtlinien zu geben: „Das uneheliche Kind hat dieselbe Rechtsstellung im Verhältnis zum Vater wie zur Mutter, es hat Anspruch auf den Familiennamen des Vaters wie der Mutter und auf Unterhalt, Erziehung und Ausbildung, sowohl gegen den Vater wie gegen die Mutter. Die Höhe des Erziehungsbeitrages wird nicht einseitig nach dem Stande der Mutter geregelt, sondern nach der wirtschaftlichen Lage beider Eltern. Jede Frau, die ein aussereheliches Kind erwartet, hat sich mindestens drei Monate vor der Niederkunft an einen Arzt oder eine Hebamme zu wenden und anzugeben, wer ihrer Ansicht nach der Vater sei, so dass die Nachforschungen nach dem Vater schon vor der Geburt einsetzen können. Der Vater hat der Mutter schon 3 Monate vor der Geburt einen Beitrag zu entrichten, so dass sie nicht gezwungen ist, bis kurz vor der Geburt zum Schaden des Kindes schwere Arbeit zu leisten.“

Nach der Anerkennung der Verwandtschaft zwischen Vater und Kind ist es selbstverständlich, dass dem Kinde ein Erbrecht entsprechend dem der ehelichen Kinder eingeräumt

wird. Für den Fall der Auswanderung des Beitragspflichtigen muss derselbe, bevor er auswandert, für alles, was fällig ist, und später fällig wird, Sicherheit stellen.“

Sicher wird durch ein solches Gesetz die Legitimierung erleichtert werden und wird auch eine Mehrung der Heiraten eintreten.

Die Errichtung von Findelhäusern und Anstalten für Kinderfürsorge wie dies schon im vorigen Abschnitt erwähnt wurde, muss auch hier nochmal betont werden.

Gegen die Personen, welche abtreiben, muss scharf vorgegangen werden. Anhaltspunkte, welche auf derartige Personen hinweisen, sollen angezeigt werden.

Für die Aerzte soll es eine Ehrenpflicht sein, den künstlichen Abortus nur mit Beiziehung anerkannter Fachleute einzuleiten. Eine Anzeigepflicht aller Aborte würde nichts nützen, nur die gewissenhaften Aerzte würden sie durchführen, nicht aber die gewissenlosen Abtreiber; auch würde es bei schweren Erkrankungen nach kriminellem Abortus noch mehr von den Patientinnen vermieden, in die Klinik zu gehen, wodurch noch mehr Patientinnen dieser Art zugrunde gehen würden. Auch die Beiziehung eines Amtsarztes kann nichts nützen. Er würde ohnedies nur von gewissenhaften Aerzten beigezogen, die gewissenlosen würden leicht ihr Vorgehen durch falsche Diagnosenangabe verschleiern können.

Für eine peinliche Indikationsstellung von seiten der Aerzte dürfte, wie ich schon oben erwähnte, eine von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie ausgearbeitete Denkschrift, welche die Information über den gegenwärtigen Stand der wissenschaftlichen Ansichten auf diesem Gebiete enthält, von grösster Wichtigkeit sein.

Es soll die Pflicht der ärztlichen Standesvereine sein, gegen leichtfertige und gewissenlose Aerzte, welche aus nicht ernstlich begründeten Motiven die Schwangerschaft unterbrechen, sobald sich ein Anhaltspunkt für ein solches Vorgehen ergibt, energische Massregeln zu ergreifen.

ad 3 Säuglings- und Kindersterblichkeit.

Gegen den Kinderverlust bei der Geburt durch Geburtsschädigungen, kommt neben der besseren Ausbildung der Landärzte in der Geburtshilfe auch die Errichtung von mehr Anstalten, Kreisentbindungsanstalten bzw. Krankenhäusern mit entsprechenden Operationsräumen und Säuglingsabteilungen, in denen auch eine Belehrung der Mütter stattfinden könnte, in Betracht. Für die so enorm wichtige Bekämpfung der Kindersterblichkeit ist wieder auf die Errichtung von Findelhäusern hinzuweisen. Die Stellung der unehelichen Mutter und des unehelichen Kindes muss gebessert werden (siehe die Vorschläge im vorigen Kapitel). Die Säuglingsfürsorge, welche bis jetzt schon so herrliche Resultate zeitigt hat, muss immer mehr gefördert werden. Die Krankenkassen sollen mehr herangezogen werden für die Schonungsmöglichkeit der Mütter.

Wenn es gelingt, die Säuglingssterblichkeit wie anderswo auf 10 Proz. herunterzubringen, dann bekommt Deutschland jährlich 100 000 Kinder geschenkt (Bumm).

Im Anschluss an die Säuglingsfürsorge muss natürlich gegen die Verwahrlosung der heranwachsenden Jugend durch entsprechende Anstalten etc. und eine bessere Ernährung der Schulkinder, event. durch Speisung in der Schule selbst, Sorge getragen werden.

Es war mir darum zu tun, im vorstehenden zu zeigen, auf welchen Momenten der Bevölkerungsrückgang beruht und an welchen Stellen wir event. einen bessernden Einfluss nehmen können. Die wichtigsten Momente liegen in der freiwilligen Beschränkung der Konzeption und in der Kindersterblichkeit. Unter den Schwangerschaftsunterbrechungen, die in ihrer Gesamtheit keinen allzu grossen Einfluss haben, spielen die spontanen und die kriminellen Aborte die Hauptrolle, welche beide nur schwer, letztere höchstens in der angegebenen Weise zu beeinflussen sind. Der Einfluss der event. auch mit weiter Indikation von den Aerzten gemachten Unterbrechungen kommt für den Bevölkerungsrückgang so gut wie nicht in Betracht, trotzdem ist es unsere ernste Standespflicht, auch hier, wie bei allem unserem ärztlichen Handeln, nur auf Grund peinlichster und gewissenhaftester Erwägungen unter Heranziehung von Spezialkollegen vorzugehen.

Aus der Universitäts-Frauenklinik Bonn a. Rh.

(Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. v. Franqué.)

Ein Fall von Uterusperforation infolge Druckusur und Quetschung des Darmes nebst sekundärer Perforation mit tödlichem Ausgang bei Anlegung der hohen Zange.

Von Dr. med. et phil. Friedrich Lönne,
Assistenzarzt der Klinik.

Folgender interessante Fall, der ausserhalb der Klinik zur operativen Entbindung gelangte, kam am 5. XI. 17 zur Einlieferung in die Kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Bonn:

Frau M. K., 30 Jahre alt, I.-para, hat am Donnerstag den 25. X. 17 erstmalig Wehen. Am 26. X. 17 nachmittags sprang die Blase. Die Wehen, die bis dahin sehr gut gewesen sind, sollen nach dem Blasenbrüche in ihrer Intensität nachgelassen haben. Am Samstag den