

eine lebenserhaltende Tätigkeit für die vorzeitig geborenen Kinder ausgeübt werden. Ich habe darauf schon an anderer Stelle<sup>1)</sup> hingewiesen. Man muß nur nicht über der der Mutter gewidmeten Sorge das Kind vergessen. Die Mortalität unserer Frühgeburten würde noch viel geringer gewesen sein, wenn nicht so viele der Kinder (auch aus Gebäranstalten) mit erheblichen Untertemperaturen eingeliefert worden wären. Eine erhebliche Abkühlung der Kinder gleich nach der Geburt läßt sich doch in jeder Frauenklinik vermeiden, ebenso wie auch das dauernde Warmhalten der Kinder zu erreichen ist. Dazu braucht man nicht für jedes Kind eine eigene Pflegerin oder besonders allzu kostspielige Einrichtungen.

Ich habe in der von Hofmeier angeführten Arbeit hingewiesen auf die große Gefahr des initialen Wärmeverlustes für das frühzeitig geborene Kind. Diese Gefahr besteht aber auch für jedes etwas schwächlich zur Welt kommende. Ich glaube sogar behaupten zu können, daß so manches Kind, bei dem nur Lebensschwäche als Todesursache angegeben ist, an den Folgen des initialen Wärmeverlustes zugrundegegangen ist, also gewissermaßen einen Erstarrungstod erlitten hat. Je geringer das Fettpolster, je größer im Verhältnis die Körperoberfläche eines Kindes ist, desto mehr ist der Organismus der Abkühlung ausgesetzt, und desto schwerer kann die Wärmeregulation in Gang kommen.

Bei einem ausgetragenen Neugeborenen beträgt die Körpertemperatur gleich nach der Geburt — gemessen im Darne — etwa 37,8°. In den ersten Stunden p. p. soll dann eine Senkung stattfinden, die 2–3° betragen kann. Die Wärmeregulation gebraucht nun einige Zeit, um sich einzustellen, hält dann die Körpertemperatur auf gleicher Höhe. Da sich aber diese Wärmeregulation erst in den letzten Schwangerschaftsmonaten ausbildet, so beobachtet man bei den vorzeitig geborenen Kindern eine viel größere Abhängigkeit von der Außentemperatur. Es sind tägliche Schwankungen von 6,3° (Reiche) bis zu 10° (Maday)<sup>2)</sup> in den ersten Lebenstagen beobachtet worden. Diese Schwankungen in der Körpertemperatur können dann in geringerem Maße wochenlang bestehen und sind als Folgen des initialen Wärmeverlustes anzusehen. Während man beim Erwachsenen — nach den wenigen vorliegenden Angaben über die Körperwärme Erfrorener zu urteilen — noch bei einer Darmwärme von 24° [sogar bei 22,5° (Janssen)]<sup>3)</sup> auf eine Genesung hoffen kann, gehen frühzeitig geborene und schwächliche Kinder fast immer zugrunde, wenn die Körpertemperatur unter 33° herabgegangen ist. Schon eine Temperaturherabsetzung bis auf 35° wirkt stark lebensbedrohend. Von den 100 lebensfähigen Frühgeburten, die längere Zeit beobachtet werden konnten und über die ich an anderer Stelle ausführlich berichtet habe, wurden nur 15% mit einer Körpertemperatur unter 34° aufgenommen. Und auch von diesen waren 9 Kinder als schwächlich anzusehen. Dagegen hatten von 70 Frühgeburten, die in den ersten 24–48 Stunden nach der Aufnahme starben, 60 = 86% eine Aufnahmetemperatur von unter 35°. Diese Zahlen bestätigen vollkommen die Beobachtungen Budins, der angibt, daß bei einer Eigenwärme von 32° und weniger die Mortalität 98% beträgt bei den Kindern unter 2000 g und 75% bei den über 2000 g.

Man muß also wohl annehmen, daß diese Kinder an der Abkühlung zugrundegehen, also erstarren.

Die klinischen Erscheinungen des Erstarrungstodes sind beim erwachsenen Menschen nur schlecht beobachtet. Die prämortalen Erscheinungen sind: Schwäche, Somnolenz, blasse, livide Hautfarbe, Verlangsamung der Herz- und Atemtätigkeit, Schwinden der Reflexe und eventuell Muskelstarre. Der Tod tritt dann durch langsam abnehmende Erregbarkeit der zentralnervösen Organe ein und ist als Erstickungstod anzusehen (Winterstein)<sup>3)</sup>. Beim Tierversuch konnte man eine Steigerung des Stoffwechsels beobachten, deutlich durch die Steigerung der CO<sub>2</sub>-Ausscheidung. Man muß also eine Eröffnung der inneren Wärmequellen annehmen.

Bei den 70 Kindern, die 24–48 Stunden nach der Einlieferung starben, fanden sich nun in den Krankenblättern folgende klinischen Symptome festgelegt: Somnolenz, kalte, zyanotisch (bis tiefblau) aussehende Haut und Schleimhäute, Oedeme, Sklerem, Blutungen in der Haut, aus der Nase, dem Darne und dem Nabel, fliegende, zeitweise aussetzende, schwache Herzstätigkeit, Atmung unregelmäßig, aussetzend, Nasenflügelatmung, Asphyxie, diffuse Bronchitis.

Bei der Sektion findet man bei Erfrorenen: Hyperämie und Blutaustritte in den inneren Organen, Oedeme der Lungen, Pleuraergüsse und manchmal Katarrh der Luftwege. Ähnliche Befunde konnten in den Sektionen, die bei einigen der obenerwähnten Frühgeburten vorgenommen wurden, auch festgestellt werden. Es sind in den Sektionsprotokollen notiert: Hyperämie der Leber, Hirnblutung, Blutung im linken Seitenventrikel, subkutane Schädelblutung,

subperikardiale Blutung, Vergrößerung des Herzens, Atelektasen, pneumonische Herde und katarrhalische Erscheinungen in den Lungen.

Eine derartige Zusammenstellung der einzelnen bei den verschiedensten Kindern beobachteten Krankheitssymptome ergibt natürlich kein klares Bild, da nicht mit Sicherheit festgestellt werden kann, auf welche Krankheitsursachen die einzelnen Symptome zu beziehen sind. Auffallend ist aber die Ähnlichkeit, die zwischen den klinischen und pathologischen Befunden bei frühzeitig geborenen Kindern mit Untertemperaturen und den bei an Erstarrung zugrundegegangenen Erwachsenen besteht. Man kann daher wohl mit Recht annehmen, daß die sogenannte „Lebensschwäche“ eines großen Teiles der frühzeitig geborenen und der lebensschwachen Kinder eine Folge der initialen Abkühlung ist, daß diese Kinder also gewissermaßen den Erstarrungstod erlitten haben.

Die Erkenntnis dieser Tatsachen weist uns den Weg des Handelns. Jede stärkere Abkühlung gleich nach der Geburt ist sorgfältigst zu vermeiden, besonders wenn es sich um frühzeitig geborene oder kleinere, untergewichtige Kinder handelt. Rechtzeitiges Bereitstellen mehrerer mit heißem Wasser gefüllter Wärmflaschen, am besten Tonkrügen, die um das Kind herumgelegt werden können, und Herrichtung eines hinreichend angewärmten Körbchens verhüten, daß in der ersten der Mutter zuzuwendenden Sorge das kleine Lebewesen vernachlässigt wird. Nach dem ersten Reinigungsbade, bei dem sehr vorsichtig zu Werke gegangen werden muß, empfiehlt es sich, besonders bei kleineren Kindern, den ganzen Körper mit Watte einzupacken. Bei entsprechender sorgfältiger und sachkundiger Pflege wird es dann auch möglich sein, Kinder mit einem Gewicht von mehr als 1500 g im Haushalte großzuziehen. Kleinere Kinder bedürfen allerdings der kostspieligeren Anstaltsbehandlung. Einschränkend möchte ich aber hinzufügen, daß die Fähigkeit der Temperaturregulation nicht allein abhängig ist vom Körpergewicht, sondern vielmehr von der Gesamtkonstitution des Kindes und der Schwere der eventuell erlittenen Schädigungen.

Ist aber eine starke Abkühlung des Körpers eingetreten, so muß man beim therapeutischen Vorgehen die beim erfrorenen Erwachsenen gemachte Erfahrungstatsache berücksichtigen, daß eine schnelle Erwärmung sehr gefährlich ist. Ein derartig abgekühltes Kind also in ein zu warmes Bad zu legen, wäre falsch. Ich habe auch nach warmen Bädern eine Verschlimmerung des Zustandes beobachten können, die ich mir seinerzeit oft nicht recht erklären konnte. Zweckmäßiger ist eine langsame Erwärmung im warmen Zimmer und in der Wärmewanne und erst später folgende warme Bäder, deren Temperatur anfangs ungefähr ein Grad über Körpertemperatur beträgt, und die man dann langsam ansteigen läßt. Besonders zu achten ist auf die Anregung der Herzstätigkeit durch häufige, nicht zu kleine intramuskuläre Gaben von Kampferöl. Neben der Herzschwäche wirkt am meisten lebensbedrohend die Exsudation in den feinsten Lungenalveolen. Dagegen kann außer der Anwendung von Herzmitteln bei leidlichem Kräftezustand eine Senfpackung in Frage kommen, die bei guter Reaktion des Körpers eventuell wiederholt werden kann. Auf den Wert der Ernährung und auf die Technik derselben habe ich an anderen Stellen ausführlich hingewiesen.

So wird man bei manchem Kinde trotz der schweren Schädigung durch den initialen Wärmeverlust doch noch lebensrettend wirken können und dann Erfolge in der Aufzucht dieser Kinder erzielen, die die „Mühe und Kosten nicht als weggeworfen“ erscheinen lassen.

## Die ärztliche Anzeigepflicht der künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung.

Von R. Schaeffer in Berlin.

Die zunehmende Einsicht von der verderblichen Wirkung des Geburtenrückganges für unser Vaterland sowie die Erkenntnis, daß die von Ärzten vorgenommenen Schwangerschaftsunterbrechungen in den letzten Jahren erheblich zugenommen haben, haben schon vor dem Kriege weite ärztliche Kreise veranlaßt, nach Mitteln zur Abhilfe zu suchen. Beeinflußt durch die ausführlichen Arbeiten Bornträgers und die Vorschläge Thorns, haben die Aertztekammern die Frage erörtert, ob nicht auf dem Wege der staatlichen oder Landesgesetzgebung die Zuziehung eines zweiten Arztes vor Einleitung des Abortes und die Aufbewahrung des anzufertigenden Protokolls erzwingbar gemacht werden könnten. Das Vergebliche solchen Bemühens wurde namentlich von der Berliner Aertztekammer betont: weder nach der sittlichen Seite (Beschränkung unlauterer Machenschaften), noch vor allem nach der wissenschaftlichen Seite (Einengung der Indikation) ist ein Erfolg zu erhoffen, man müßte denn auf den Einfall verfallen, für jedes die Unterbrechung begründende Leiden die Zuziehung eines

<sup>1)</sup> Ther. Mh. August 1916. — <sup>2)</sup> Reiner Müller, Unterwärme des Körpers. M. m. W. 1917 Nr. 32 u. 33. — <sup>3)</sup> M. m. W. 1917 Nr. 5.

besonderen Facharztes zwangsweise vorzuschreiben. Daß dieser Ausweg für uns Aerzte unerträglich und in kleineren Städten einfach unausführbar wäre, ist so einleuchtend, daß dieser Vorschlag, wenigstens was seine gesetzliche Festlegung anlangt, wohl als abgetan bezeichnet werden kann. Jedoch hat die in alle ärztlichen Schichten gedrungene Aussprache zweifellos das Gute gewirkt, daß die freiwillige Zuziehung eines zweiten Arztes wohl allgemein jetzt als selbstverständlich für jeden anständigen Arzt gilt.

Noch weitergehende Vorschläge, wie die, daß vor Einleitung der künstlichen Unterbrechung die Genehmigung des Kreisarztes einzuholen sei, oder daß nur in öffentlichen Kliniken derartige Eingriffe stattfinden dürfen, haben keinen Widerhall gefunden und können füglich hier außer Erörterung bleiben.

In der Sitzung der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin vom 25. Februar 1916 brachte Herr Bumm einen anderen Vorschlag zur Sprache: die Anzeigepflicht der stattgehabten ärztlichen Schwangerschaftsunterbrechung an den beamteten Arzt. Dieser Vorschlag wurde von der „Erweiterten Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen“ aufgenommen und im Dezember 1917 und Januar 1918 in der Berliner Medizinischen Gesellschaft in vier ausgedehnten Sitzungen besprochen. Zu einer Abstimmung kam es auf Beschluß des Vorstandes nicht<sup>1)</sup>. Da aber Herr Bumm erwähnte, daß das Ministerium diesen Antrag weiter zu verfolgen gedenke und daß der Fall Henkel seine Schatten noch weiterwerfe, so liegt für den gesamten ärztlichen Stand Veranlassung genug vor, sich mit diesem Antrage zu beschäftigen.

Als Hauptgrund sowohl für diesen Antrag wie für die ähnlich gerichteten Bestrebungen früherer Jahre wurde stets angegeben, daß man verbrecherischen Ärzten, die aus eigennützligen Beweggründen den Eingriff vornähmen, das Handwerk legen müsse. So rückhaltlos auch solche Bemühungen zu unterstützen sind, so ist doch leicht zu zeigen, daß die Anzeigepflicht gerade gegenüber unlauteren Elementen ein Schlag ins Wasser ist.

Denn da doch nur die künstliche Einleitung, nicht aber die ärztliche Behandlung des im Gange befindlichen Abortes gemeldet werden soll, so ist es für jeden Arzt, der verbrecherische Wege gehen will, leicht, jeden Fall zunächst in einen beginnenden Abort zu verwandeln, um dann — ungehindert durch eine Anzeigepflicht — ihn auch zu Ende zu führen.

Ferner sind die gesetzlichen Strafen für Abtreibung schon jetzt so hoch (bis zehn Jahre Zuchthaus), daß sie kaum verschärft werden können. Wer also diese und sein Gewissen nicht scheut, wird auch durch die Strafe für unterlassene Anzeige (und sollte sie, wie Prof. Kahl in der Berliner Medizinischen Gesellschaft vorschlug, bis ein Jahr Gefängnis gehen) kaum zu beeinflussen sein. Mithin wird diese unserer lebhaftesten Zustimmung sichere Absicht der Einschränkung der verbrecherischen Abtreibung durch die Anzeigepflicht in keiner Weise gefördert.

Als zweiter Grund, der für die Anzeigepflicht ins Feld geführt wird, ist die Verhinderung der aus sozialer und rassenhygienischer Indikation vorgenommenen Schwangerschaftsunterbrechung. Es mag zugegeben werden, daß etwa ein Jahrzehnt vor dem Weltkriege eine radikalsozialistische Strömung in dem Niedrighalten der Geburten ein politisch erstrebenswertes Ziel erblickte und einzelne Aerzte nicht nur zur theoretischen, sondern auch zur praktischen Handhabung der sozialen Indikation verleitete.

Für ebenso unzweifelhaft halte ich es aber, daß die vielfältigen Erörterungen in ärztlichen Vereinen und Zeitschriften, die der künstliche Abort namentlich in den letzten Jahren gefunden hat, in jedem Arzte das klare Bewußtsein wachgerufen haben, daß die zugestandene Schwangerschaftsunterbrechung aus dieser Indikation heraus sowohl vor dem ordentlichen Gericht wie vor den ärztlichen Standesgerichten als verbrecherische Abtreibung angesehen und bestraft werden würde. Wer trotz dieses Bewußtseins das Verbrechen begehen will, wird auch die Anzeigepflicht in der einen oder anderen Weise zu umgehen wissen.

Die Schwierigkeit, sich über die soziale Indikation zu verständigen, liegt in ihrer häufigen Vergesellschaftung mit körperlichen Krankheiten und der daraus sich ergebenden verschiedenen Begriffsbestimmung. Ueber die völlige Verwerflichkeit der reinen sozialen Indikation sind wir uns alle wohl ebenso einig wie darüber, daß besonders ungünstige soziale Verhältnisse ein bestehendes ernsthaftes Leiden zu einem tödlichen machen können und daher pflichtgemäß bei der Frage der Schwangerschaftsunterbrechung mit zu erwägen sind. Die Meinungsverschiedenheit und das vielfach unklare Hin- und Herreden über die soziale Indikation setzt erst ein bei der Beurteilung des einzelnen Falles, ob und in welchem Grade die vorhandene ernste

Erkrankung (eine solche muß natürlich stets vorliegen) durch andere, weitige, soziale, ungünstige Verhältnisse eine schwere Verschärfung erfährt. Und diese naturgemäß ungleiche Beurteilung des einzelnen Falles durch den einzelnen Arzt kann durch eine Anmeldepflicht ebenso wenig geregelt wie kontrolliert werden.

Eine dritte, viel beherzigenswertere, aber in den bisherigen öffentlichen Aussprachen wenig hervorgetretene Begründung der Anzeigepflicht liegt in dem an sich durchaus berechtigten Bestreben, auch die rein medizinische, therapeutische Anzeige der Schwangerschaftsunterbrechung einzuschränken. Ich selbst habe schon vor längeren Jahren und wiederholentlich darauf aufmerksam gemacht, wie stark die medizinischen Indikationen für die Einleitung des Abortes seit Anfang dieses Jahrhunderts zugenommen haben. Wenn wir hören, daß Ahlfeld in Marburg und der verstorbene Fritsch in Bonn in 30jähriger Tätigkeit nur zwei- oder dreimal den Eingriff vorgenommen haben, und damit vergleichen, daß an der Berliner Universitäts-Frauenklinik und an der Charité (1910–1915) in fünf- bis sechsjährigem Zeitraum 59- und 140 mal der Abort eingeleitet wurde, so folgt ganz zwingend hieraus, daß die klinischen Berater, die in den letzten Jahren die Notwendigkeit dazu bescheinigten, andere und weitere Indikationen aufstellten, als es in Marburg und Bonn seinerzeit geschehen ist! Es folgt hieraus aber auch, wie verkehrt es wäre, die Schuld an der häufigeren Indikationsstellung der namenlosen Schar der Aerzte aufzubürden und dabei durchblicken zu lassen, daß Gefälligkeit und andere unlaute Beweggründe die eigentliche Triebfeder wären. Wenn wir in dem dem Kriege vorangegangenen Jahrzehnt die Zeitschriften, die Berichte aus wissenschaftlichen Gesellschaften und Kongressen erfüllt sehen von Schilderungen der Gefahren, die alle möglichen Krankheiten durch die Schwangerschaft angeblich erführen, wenn öffentlich von hochangesehener Seite verkündet wird, daß die Tuberkulose in der Schwangerschaft sich „fast regelmäßig verschlimmere“ und daß man „nicht erst darauf warten müsse“, wenn von ersten Fachmännern immer neue Verfahren zur Entfernung der Schwangerschaft und der dauernden oder der zeitweiligen Sterilisierung der Kranken angegeben werden, ja, wenn die Ausrottung des gesamten Genitaltraktes als direktes Heilmittel gegen die Tuberkulose empfohlen wird — ist es da ein Wunder, wenn Tausende von Ärzten, im Vertrauen auf ihre wissenschaftlichen Führer, diese Lehren in die Tat umsetzen? Wenn also bei einem wissenschaftlichen Irrtum überhaupt von einer Schuld gesprochen werden kann, so liegt sie vornehmlich auf Seiten derer, die als Führer der Wissenschaft auftreten. Welche Mittel zu ergreifen sind, um die bereits erwachte Erkenntnis dieses wissenschaftlichen Irrtums zu fördern, kann an dieser Stelle nicht ausgeführt werden.

Niemand wird aber behaupten wollen, daß die Anzeigepflicht an den Kreisarzt ein geeignetes Mittel sei, um wissenschaftliche Ansichten oder Irrtümer richtigzustellen.

Viertens. Von einem ganz anderen Geiste durchdrungen als die bisherigen Begründungen ist die, die Herr Krohne uns seinerzeit in der Erweiterten Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen vortrug: „Die Anzeigepflicht soll die Aerzte und die Bevölkerung darüber aufklären, daß die Schwangerschaftsunterbrechung kein Eingriff ist, der sich rein privatrechtlich und vertraglich zwischen dem Arzt und seinem Kranken abspielt. Wenn ein Arzt täglich ein dutzendmal den Blinddarm herauszuschneiden für gut hält, so geht dies den Staat zunächst nichts weiter an. Die Vernichtung des keimenden Lebens aber berührt auf alle Fälle die Interessen des Staates. Um diesen Vorgang muß er wissen.“

Im Gegensatz zu den früheren, rein polizeilichen Begründungen ist hier lediglich der erzieherische Zweck und das unveräußerliche staatliche Aufsichtsrecht betont. Mit beiden können wir uns unbedingt einverstanden erklären und würden unter dieser Begründung auch der Anzeigepflicht — falls nichts Besseres an seine Stelle gesetzt werden könnte, worüber später gesprochen werden soll — zustimmen, wenn wir nicht sicher vorhersähen, daß uns mit ihr gleichzeitig eine behördliche Kontrolle unserer Indikationsstellung auferlegt werden soll.

Denn dies ist der entscheidende Punkt bei der ganzen Anzeigepflicht.

Wenn auch in dem Wortlaute des Bummischen Vorschlags eine Kontrolle der Indikationsstellung nicht erwähnt ist, sondern nur von „der Kontrolle des therapeutischen Abortes durch Anzeige an den beamteten Arzt“ gesprochen ist, so geht sie doch aus dem Inhalte seiner Ausführungen sowie der des Herrn Kahl völlig eindeutig hervor.

Und nun mache man sich klar, wie sich, wenn dieser Vorschlag Gesetz wird, die Anzeigepflicht in Wirklichkeit abspielen wird: Je arbeitsfreudiger und pflichteifriger der beamtete Arzt (Kreisarzt) ist, desto mehr wird er es für seine Pflicht erachten, jedes einzelne Protokoll über eine eingeleitete Schwangerschaftsunterbrechung darauf-

<sup>1)</sup> Der Wortlaut des Bummischen Antrages ist abgedruckt in Nr. 5 143.

hin gewissenhaft durchzulesen, ob auch die drei Bedingungen, unter denen allein die Unterbrechung straffrei ist, nach seiner Auffassung voll gewahrt sind. Er wird und muß prüfen, denn das ist der Sinn des Gesetzes, ob 1. eine unmittelbare, gegenwärtige (vielleicht sogar unverschuldete) schwerste Gefahr für Leben und Gesundheit der Schwangeren bestand, 2. ob auf keine andere Weise die Gefahr sonst abzuwenden gewesen wäre, und 3., ob der Zustand nicht bereits so hoffnungslos war, daß durch die Unterbrechung die Gefahr nicht mehr abzuwenden war. Und wenn der beamtete Arzt in einem dieser drei Punkte nicht voll überzeugt ist, ist er zu einer Rückfrage verpflichtet.

Es dürfte nicht schwer sein, gegen jedes derartige Protokoll, auch wenn es aus einer Kgl. Klinik stammt, pflichtgemäß Einwendungen zu erheben. Es ist aber anzunehmen, daß die Kreisärzte kein Bedürfnis empfinden werden, gerade an den Protokollen der Kgl. Institute ihr Aufsichtsrecht zu üben. Um so gewissenhafter und sorgfältiger werden sie es aber ausüben gegenüber den Aerzten, die nicht in gleich bevorzugter Stellung ihren Beruf ausüben, gegenüber den frei praktizierenden Aerzten. Und wenn ein solcher auch die felsenfeste Ueberzeugung hat, daß er an Gewissenhaftigkeit und Sachkunde hinter niemand zurücksteht, so droht ihm in jedem Falle, in dem der Kreisarzt anderer Auffassung über die Indikation ist, die Rückfrage, und, wenn auch deren Beantwortung den Kreisarzt nicht überzeugt, dessen pflichtgemäße Anzeige, d. h. der Vorwurf eines entehrenden Verbrechens, das selbst bei Annahme milderer Umstände mit sechs Monaten Gefängnis bestraft wird. Zu alten Zeiten sollen Gewaltherrscher bisweilen hinter den Arzt, der die Königstochter operierte, gleich den Scharfrichter gestellt haben, der, wenn die Operation mißglückte, den Arzt hinrichten hatte. Dieses Verfahren ist fast ungefährlich zu nennen gegenüber dem hier beabsichtigten. Denn ob eine Operation glücklich oder unglücklich ausläuft, läßt sich objektiv entscheiden; ob aber eine Indikation berechtigt oder unberechtigt ist, unterliegt ausschließlich der jeweiligen Beurteilung. Und wenn der Arzt nicht nur eines, sondern dreier Kollegen Zustimmung zu der Unterbrechung gefunden hat, so ist keinerlei Bürgschaft, daß der fünfte Arzt ebenso urteilt. Ist aber dieser fünfte Arzt zufällig der zuständige Kreisarzt, so ist es diesem völlig in die Hand gegeben, die bürgerliche Ehre des anderen aufs schwerste zu schädigen. Man wende nicht ein, daß man doch zu dem Takte der beamteten Aerzte soviel Zutrauen haben könne, daß sie ein so schroffes Vorgehen nicht einschlagen werden. Der ärztliche Stand unterwirft seine Handlungen seinem Gewissen, der Billigung seiner Kollegen und dem Gesetze. Von dem Takte eines ganzen Personenkreises kann er seine äußere Ehre nicht abhängig gemacht wissen. Er schätzt die beamteten Aerzte viel zu hoch, als daß er es erträglich fände, in eine geradezu unwürdige Abhängigkeit von ihnen zu geraten.

Die Anzeigepflicht der Indikationsstellung kann nicht anders als ein schweres Mißtrauen gegen die Aerzte in ihrer Gesamtheit aufgefaßt werden. Wie unberechtigt dieses Mißtrauen ist, zeigt die einmütige Verurteilung, die der Fall Henkel in der gerade von praktischen Aerzten und für praktische Aerzte geschriebenen Standespresse gefunden hat, eine Verurteilung, die viel schärfer war, als sie die Sachverständigen in Jena an den Tag legten.

Die Indikationsstellung zu jedem Eingriff war und wird immer bleiben eine rein innerliche, ganz persönliche Beurteilung des Arztes, die durch wissenschaftliche Gründe und von der sittlichen Seite her wohl beeinflusst werden kann und soll — und in dieser Richtung könnte manches noch geschehen — die aber durch behördliche Kontrolle nimmermehr beschränkt werden kann. Die behördliche Kontrolle würde auf der einen Seite das Verantwortlichkeitsgefühl, das der Arzt seinem Kranken gegenüber hat, aufheben, auf der anderen Seite aber das Palladium und höchste Gut unseres Standes, das Recht, nach freiem, bestem Gewissen (innerhalb des Gesetzes) handeln zu dürfen, vernichten.

Gegenüber dieser grundsätzlichen Ablehnung einer Anzeigepflicht, die mit einer Anzeige der Indikation verbunden ist, könnte es nebensächlich erscheinen, auf den Wortlaut des Antrages Bumm im einzelnen einzugehen.

Der Antrag sieht zwei Möglichkeiten vor: 1. die Anzeige des künstlichen Aborts mit Namensnennung der Kranken und 2. eine Anzeige ohne Namensnennung.

Im ersteren Falle ist als sicher vorherzusehen, daß die Frauen, die eine Unterbrechung wünschen, in Befürchtung der ihnen drohenden polizeilichen Nachforschungen den gewissenhaften, die Anzeige erstattenden Arzt noch mehr meiden und sich gewissenlosen Personen anvertrauen würden. Das Volkwohl, das geschützt werden soll, würde dadurch erheblichen Schaden leiden. Eine Anzeige ohne Nennung des Namens wäre ein Messer ohne Heft und Klinge und kann ernsthafterweise nicht mehr als eine Kontrolle aufgefaßt werden.

Keine Verwaltung oder gesetzgebende Körperschaft würde eine so wirkungslose Maßnahme beschließen.

Berücksichtigt man schließlich den gerade von Herrn Bumm mittels umfassender Statistik erbrachten Nachweis, daß die Zahl der ärztlichen Unterbrechungen nur einen winzigen Bruchteil der gewollten Aborte überhaupt darstellt, so ersieht man, daß gegenüber der schweren Beeinträchtigung der ärztlichen Würde und Berufsausübung sowie gegenüber der direkten Förderung der Abtreiber überhaupt kein nennenswerter Gewinn für die Volkswohlfahrt aus dem ganzen Vorschlage zu erhoffen ist.

(In einem zweiten Aufsätze wird ein Gegenvorschlag begründet werden.)

Aus der Infektionsabteilung des Allgemeinen Krankenhauses Barmbeck-Hamburg. (Direktor: Prof. Rumpel.)

## Panoptische Schnellfärbung.

Von Dr. R. Deussing.

Die kombinierte May-Giemsafärbung nach Pappenheim vereint die Vorzüge der Giemsafärbung mit den meisten Vorzügen der Jenner-Grünwaldfärbung<sup>1)</sup>. Sie gewährleistet sowohl die einwandfreie Färbung des Kernes der weißen Blutzellen mit guter Differenzierung des Chromatingerüsts als eine scharfe Darstellung der Granulationen der Zellen des myeloischen Systems und der Azurkörnung der Lymphzellen, der basophilen Plasmasubstanzen sowie der tinktoriellen Nuancen der roten Blutkörperchen in allen Feinheiten.

Bei der weiten Verbreitung dieser Färbemethode dürfte ein Verfahren willkommen sein, das die Färbedauer herabzusetzen, die Manipulationen bei der Färbung zu vereinfachen imstande ist, ohne den Vorzügen der Färbung im übrigen Abbruch zu tun.

Wir verfahren folgendermaßen:

Die Farblösungen sind in Tropfflaschen (etwa 30 ccm) vorrätig zu halten.

Das in einen Farbtrog (nach Giemsa) gelegte Präparat wird vollständig in dicker Schicht mit May-Grünwalds Eosin-Methylenblau bedeckt und damit für zwei bis drei Minuten fixiert, die Farbe darf während der Fixationszeit nicht vom Objektträger ablaufen (Deckgläsenausstrieche können in derselben Weise in Blockschälchen behandelt werden). Dann werden aus dem Tropfglas 10—15—20 Tropfen unverdünnter Giemsalösung direkt in die auf dem Präparat stehende Farblösung hineingetropt, indem sie über das ganze Präparat verteilt werden. Im Anschlusse daran gibt man aus einer Spritzflasche oder aus einem Standgefäße soviel destilliertes Wasser in den Farbtrog, daß das Präparat völlig und reichlich bedeckt ist, also etwa bis zur halben Höhe des Farbtroges. Gut umschütteln. Stehenlassen und nochmals umschütteln. Nach zwei bis drei Minuten die Farblösung abgießen, durch frisches Aqua destillata ersetzen, gut umschütteln, noch ein oder mehrere Male Wasser erneuern, bis der bläulich-violette Farbton des Präparats einem leuchtend roten gewichen ist. Dann färbt sich das Wasser nicht mehr bläulich. Trocknen mit Fließpapier.

Das Verfahren wird durch die in der letzten Zeit ungleiche Färbekraft der Giemsalösung beeinträchtigt, in demselben Maße wie jede andere Giemsafärbung. Es ist deshalb beim Gebrauche neuer Lösungen unter Umständen eine neue Prüfung der nötigen Färbezeit erforderlich.

Im allgemeinen kann man sagen, daß man nicht leicht überfärben kann, da man durch längeres Wässern einen Ueberschuß an Intensität der Färbung wieder rückgängig machen kann.

Wir färbten im Sommer 1917 2 Minuten mit May-Grünwald und 1—2 Minuten mit Giemsa (bei 8—10 Tropfen Giemsafarbe). Jetzt sind für die Giemsafärbung meistens 2—3 Minuten nötig. Im allgemeinen dürfte diese Zeit reichlich genügen, im Notfalle muß sie verlängert werden. Von der Dauer des Wässerns hängt viel ab, bei schwächerer Färbung genügt kurzes Spülen mit Aqua destillata. Durch Vermehrung der Giemsatropfenzahl ist natürlich ebenfalls leicht zu korrigieren.

Wir bekommen trotz der erwähnten Ungleichmäßigkeit der Farblösungen immer gute Färbungen bei einer Gesamtfärbezeit von höchstens fünf bis sechs Minuten. Gute Ausstriche sind natürlich wie für jede gute Färbung Voraussetzung.

<sup>1)</sup> Pappenheim, Fol. hämatol. 1917 H. 1 S. 15.