

L. Fraenkel

Soziale Geburtshilfe
und Gynäkologie

Urban & Schwarzenberg Berlin u. Wien

0911

80-

5360

EG-

~~15,34~~

Soziale Geburtshilfe und Gynäkologie

Ein Leitfaden für Kreis-, Kommunal-, Schul-, Fürsorge-, Krankenhaus-, Gewerbe-, Kassen-, Gerichts-, Polizei-, Sport-, Kinder-, Haus- und Frauenärzte.

Von

Dr. L. Fraenkel,

o. Professor, Direktor der Universitäts-
Frauenklinik, Breslau.

Urban & Schwarzenberg

Berlin N 24
Friedrichstraße 105 b

Wien, I.,
Mahlerstraße 4

1928

Inhalts-Verzeichnis.

	Seite
1. Kapitel:	
Die Vorschriften über die Hygiene des Neugeborenen . . .	1
Behandlung des Nabels	1
Das Bad	2
Die Prophylaxe der Augenblennorrhoe	2
Genitalerkrankungen neugeborener Mädchen	4
Brustdrüse, Kleidung usw.	4
2. Kapitel:	
Das Kind und Schulmädchen	5
Vulvovaginal-Rektalblennorrhoe	5
Das psychosexuelle Verhalten	5
Der Eintritt der Pubertät	6
Anomalien der Skelettentwicklung und des Wachstums	6
3. Kapitel:	
Kleidung von Kind und Frau	8
4. Kapitel:	
Die Leibesübungen der Frauen und Kinder	11
Wasser- und Wintersport	11
Das Geräteturnen	12
Die Gymnastik	14
Das Reiten, Radeln, Motorfahren	19
Akrobatin, Kunstreiterin, Berufstänzerin, Turnlehrerin	19
5. Kapitel:	
Die Feststellung der Jungfernschaft	20
" " " Mutterschaft	22
" " " Vaterschaft	24
Sittlichkeitsverbrechen	26
Die gerichtliche Änderung des Geschlechts	29

	Seite
6. Kapitel:	
Die Körperverletzung und Operation	29
Infektion durch den Geschlechtsverkehr	30
Traumen	30
Kunstfehler	31
Die Operation in straf- und zivilrechtlicher Beziehung	35
Allgemeine Indikationslehre	37
7. Kapitel:	
Geburtshilflich-gynäkologische Meldepflicht	40
Meldung ansteckender Krankheiten	40
Meldung von Todesfällen nach Operationen	43
Meldung der Schwangerschaftsunterbrechung	44
Der Geburts- und Totenschein des Kindes	46
Die Zeugnis- und Schweigepflicht des Arztes	48
8. Kapitel:	
Kriminalität der Frau	50
Vergehen in den einzelnen Sexualphasen und ihre Bewertung	50
Die Abtreibung	52
9. Kapitel:	
Die polizeiärztliche Überwachung der Prostituierten	57
Das neue Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten	60
10. Kapitel:	
Allgemeine Sexualhygiene	62
Sexualberatungsstellen	62
Diätetik der Menstruation	63
Braut- und Hochzeit	64
Kohabitation	65
Hygiene der Schwangerschaft	66
Entbindung	66
Wechseljahre	67
Mädchenstudium	68
11. Kapitel:	
Die Ehe	68
Die Gattenwahl	68
Die Ehescheidung	70
Die Ehenichtigkeit	71

12. Kapitel:

	Seite
Die weibliche Fruchtbarkeit	73
Verhütung und Behandlung der Unfruchtbarkeit	73
Verhütung und Behandlung unerwünschter Fruchtbarkeit	77

13. Kapitel:

Die Schwangeren- und Wöchnerinnenfürsorge	84
Die Mutterberatungsstellen	84
Das Jugendamt	84
Die vaterländischen Frauenvereine	85
Der Bund für Mutterschutz	86
Die Krankenkassen	86
Das Wohlfahrtsamt	88
Die Rechte des Kindes	88
Das Ammenwesen	90

14. Kapitel:

Die berufstätige Frau	92
Die Körperhaltung der gewerblichen Arbeiterin	94
Der Einfluß industrieller Gifte	96
Die schwangere Textilarbeiterin	99
Die Heimarbeit	105
Die Geistesarbeiterin	105

15. Kapitel:

Die Sozialversicherung	106
Unfallbegutachtung	106
Invalidenversicherung	111
Krankenversicherung	116

16. Kapitel:

Die Hebammen	118
Ausbildung	119
Prüfung	120
Nachprüfung und Fortbildung	121
Bezirkshebamme und Kreisarzt	122

17. Kapitel:

Einrichtung und Betrieb von Frauenkliniken	123
Privatanstalten	123
Öffentliche Frauenkliniken	125
Materielle Lage der Krankenhausärzte	131

18. Kapitel:		Seite
Der Unterricht in Geburtshilfe und Gynäkologie		132
der Studierenden		132
der Medizinalpraktikanten		134
der praktischen Ärzte		134
der künftigen Frauenärzte		135
19. Kapitel:		
Die Standespflichten des Frauenarztes		138
Das Verhältnis zum Haus- und Kassenarzt		138
zum vorbehandelnden Kollegen		139
zur Hebamme		140
zu den nichtärztlichen Mitarbeitern		142
Die Vertretung		143
Praxisübernahme und Niederlassung		144
Ausübung von Gynäkologie und Chirurgie		145

Sektion dergestalt drängen sollte, wenn er sichere Anhaltspunkte für einen gewaltsamen Tod nicht hat. Indessen hat wenigstens die Breslauer gynäkologische Gesellschaft ihre Mitglieder verpflichtet, nach jeder Fehlgeburt mit tödlichem Ausgang den oben erwähnten Passus im Totenschein zu streichen. Wenn der Standesbeamte diese unvollständig ausgefüllte Todesurkunde liest, so gibt er die Beerdigungserlaubnis nicht, sondern meldet den Fall der Staatsanwaltschaft, die gerichtliche Sektion anordnet. Das ist es, was die gynäkologische Gesellschaft will, weil sie annimmt, daß die Aborttodesfälle fast alle auf krimineller Unterbrechung beruhen und weil sie den Täter zur Bestrafung ziehen will. In diesem Wunsche kann nur jeder anständige Mensch sie unterstützen. Ob aber der Weg Erfolg verspricht, ist fraglich. Die berufsmäßigen Abtreiber sind sehr vorsichtig und machen selten schwere Nebenverletzungen. Viel häufiger passieren sie einem Arzte, teils wenn er den Abortus einleitet, teils wenn er den bereits im Gange befindlichen ausräumt. Es wird also oft auf den Unrechten ein schlechtes Licht fallen oder gar ihm eine Anklage erwachsen. Zudem ist der Zusammenhang zwischen tödlicher Sepsis und unberechtigter Schwangerschaftsunterbrechung nicht zu erbringen, wenn keine grobe Verletzung gefunden wird. Wegen fahrlässiger Tötung also können die Abtreiber in solchen Fällen nicht bestraft werden. Immerhin aber wäre es im Interesse anderer, die ihm später zum Opfer fallen, sicherlich sehr erwünscht, wenn man die erwerbsmäßigen Abtreiber überhaupt in Fällen fassen könnte, wo das Berufsgeheimnis und die Diskretion gegenüber der Kranken nicht mehr in Frage kommt.

In der gleichen Richtung liegt eine von der Schlesischen Ärztekammer den Kammermitgliedern auferlegte Pflicht, jede Schwangerschaftsunterbrechung zu melden, und zwar mit den Anfangsbuchstaben der Frau und den Gründen der Unterbrechung. Diese Maßnahme hat den Zweck, die Zunahme unnötiger Schwangerschaftsunterbrechungen zu hindern, ohne aber damit eine denunziative Absicht zu verbinden. Es ist das gedacht als ein Organ der Selbstkontrolle und vor allem des Selbstschutzes der Ärzteschaft. Auch die Krankenhäuser und Kliniken beteiligen sich an der Ausübung der Meldepflicht. Wer in dieser Beziehung ein gutes Gewissen hat, wird ohne weiteres melden. Die Ärztekammer gibt diese Fälle nicht an die Staatsanwaltschaft weiter; kommt aber dorthin auf andere Weise eine Anzeige, so wird dadurch, daß der Arzt sagen kann: „Ich habe den Fall meiner Ärztekammer sofort gemeldet“, im allgemeinen die Angelegenheit erledigt sein. Weiterhin mag mancher Arzt ohne böse Absicht seine Indikation ziemlich weit stecken und dann beizeiten durch seine Kammerkollegen eine diskrete Warnung erhalten, und drittens werden

die berufsmäßigen Abtreiber entweder dadurch, daß sie nicht melden, oder daß immer dieselben zwei Ärzte gemeinsam dieselben Indikationen stellen, erkannt und an den Pranger gestellt. In keinem Falle kann diese Maßnahme schaden und ermöglicht eine statistische Erkenntnis, bis zu welchem Mindestgrade die Unterbrechungsindikationen heute bereits ausgedehnt werden — das ist im Interesse des Volksganzen von hohem Wert.

In den Sowjetstaaten ist bekanntlich die Unterbrechung freigegeben, die Meldepflicht aber noch viel weitgehender, ebenso wie das Abtreibungsrecht sehr beschränkt, indem dort in den dazu konzessionierten Anstalten, die unter Staatskontrolle stehen, die Unterbrechung vorgenommen werden darf. Zuchthausstrafe steht aber darauf, wenn sie gegen Entgelt vorgenommen wird. Dennoch ist dort die Zahl der Unglücksfälle nach Aborteinleitung so hoch, ebenso die Zahl der später unfreiwillig steril bleibenden Frauen, so daß man anfängt, an der Brauchbarkeit dieser neuen gesetzgeberischen Maßnahme zu zweifeln. (*Klein*, Münch. med. Wschr., 1927, Nr. 9, *Niedermeyer*, Sonderheft, Ethik, Nr. 2.)

Die Meldung von Todesfällen nach Operationen wird oft ungenau bzw. irreführend ausgeführt. Die Grundkrankheit muß von der finalen Erkrankung getrennt gemeldet werden. Die Grundkrankheit ist meines Erachtens nicht immer das Leiden, wegen dessen operiert worden ist, sondern die dazugekommene Krankheit, an welcher letzten Endes die Frau gestorben ist. Beispielsweise ist die Grundkrankheit, an der die Frau starb, nicht das Myom oder gar die Verlagerung des Uterus, sondern die Blutvergiftung oder Bauchfellentzündung durch die Operation; Herzschlag, Lungenentzündung usw. ist nur die letzte Todesursache. Die Operateure melden aber vielfach beispielsweise Myom als Grundkrankheit und Herzschlag als Todesursache und unterdrücken auf diese Weise alles, was auf die Operation hinweisen könnte, weil sie weitere Nachforschungen und ungünstige Nachrede der Angehörigen fürchten. (Man sieht also, daß irgend welches verwertbares statistisches Material von den Standesämtern nicht zu gewinnen ist, so daß diese so ermittelten Angaben kaum irgend einen Wert haben.) Indessen ist die Befürchtung einer Selbstbeichtigung durch richtige Ausfüllung der Todesursache im allgemeinen nicht gegeben. Den Laien ist jedoch bekannt, daß letzten Endes die Frau der Operation erlegen ist. Hat man die Prognose vorher mit einiger Vorsicht gestellt, so mußten sie mit einem solchen Ausgang als möglich rechnen. Es erscheint immer würdiger, das Ding beim rechten Namen zu nennen. Ein Vorwurf ist mit der Entstehung einer Peritonitis oder gar einer Embolie nach Laparotomie nicht ohne weiteres verbunden. In einer wohlgeleiteten Anstalt wird man dem Arzte den Zusammenhang dieser Peritonitis mit seiner Operation als

einen Kunstfehler nicht nachweisen können, wenn nicht gerade z. B. eine Darm- oder Harnwegeverletzung aus Unachtsamkeit sich ereignete und schlecht versorgt wurde. Die Peritonitis kann andere Ursachen haben: Ein Myom kann nekrotisch, eine Pyosalpinx noch virulent gewesen sein. Es wird also im allgemeinen ein Verfahren gegen den Arzt auch nach Anzeige kaum eröffnet werden. Wenn aber die Hinterbliebenen den Arzt für schuldig halten und zur Rechenschaft ziehen wollen, so werden sie das trotz der angegebenen Todesursache doch tun und es würde im Gegenteil auf den Arzt ein schlechtes Licht werfen, wenn er die offenkundige Peritonitis im amtlichen Schein verschwiegen hatte. Die Gerichte erheben wegen einer mißlungenen Operation von sich aus keine Anklage, weil sie die Schwierigkeiten kennen, mit denen der Operateur zu kämpfen hat. Es ist also wissenschaftlich und praktisch gleich notwendig, die wahren Todesursachen anzugeben. Ausstellung eines wissentlich falschen Totenscheines wird auch nach dem neuen Strafgesetzentwurf von Amts wegen verfolgt und streng bestraft.

2. Der Totenschein des Kindes. (Kindesmord.)⁸⁾

Häufig werden die Ärzte gerufen, um den Tod eines Neugeborenen zu bescheinigen; war es eine Totgeburt, so ist die amtliche Geburts- und Todesanzeige identisch. Unreife Kinder unter 32 cm Länge brauchen überhaupt nicht gemeldet zu werden. Es ist also notwendig, das Kind zu messen und sodann festzustellen, ob es nach der Ausstoßung aus den mütterlichen Organen noch gelebt hat. Die Angaben der Mutter und der Angehörigen können trügen, auf unrichtigen Beobachtungen oder bewußter Unwahrheit beruhen. Die Angaben der Hebamme dagegen, in diesem Falle eine Amtsperson, sind ausreichende Deckung, wenn nicht sichere Beweise des Gegenteils dessen vorliegen, was die Hebamme ausgesagt hat. In solchen Fällen war aber oftmals eine Hebamme nicht anwesend, weil es sich um heimliche Geburten handelte. Dann ist besondere Vorsicht des Arztes vor Ausstellung des Totenscheines nötig. Eine unerfahrene Mutter kann von der Geburt überrascht werden, sie als solche nicht erkennen und daher Maßnahmen ergreifen, welche den Tod des Kindes herbeizuführen vermögen. Soweit diese unwillkürlich getroffen worden sind, kann je nach Lage des Falles den diesbezüglichen Angaben Glaube zu schenken sein. Häufig aber weisen deutliche Zeichen am Kinde auf eine bewußt vorgenommene gewaltsame Tötung

⁸⁾ *Straßmann*, Beiträge zur Lehre vom Kindesmord. (Dtsch. Ztschr. f. d. ges. gerichtl. Med., Bd. IX, H. 5.)

und deshalb muß eine genaue Besichtigung, eventuell Sektion des Kindes stattfinden. Die letztere ist am besten von einem gerichtsarztlichen Sachverständigen vorzunehmen, weil die Erkennung nicht immer leicht ist, ob das Kind bei der Geburt gelebt hat oder ob es getötet worden ist. Strangulationsmittel oder -marken, Erdrosselungszeichen am Halse, in den Schlund gestopfte Gegenstände, Splitterbrüche des Kopfes nach verschiedenen Richtungen oder gar die Anwesenheit feinsten, überallhin applizierter Nadeln machen den Mord sicher. Durch Fall des Kindes mit dem Kopf auf den Estrich, in Eimer oder Klosett entstehen selten komplizierte Knochenbrüche, auch erkennt man den Sturz bei der Geburt an der unregelmäßigen Reißfläche der Nabelschnur. Die Erstickung entsteht kaum durch ungewaltsames und unzweckmäßiges Einwickeln in Bettdecken usw. Das wird häufig vorgenommen mit der Angabe, daß das Kind bereits tot war. Unter den Zeichen, daß das Kind geatmet hat, steht voran die makro-mikroskopische Untersuchung der Lungen. Die Schwimmprobe allein ist nicht immer beweisend. Luft kann resorbiert, Fäulnisgas postmortal entstanden sein. Luft in Dünn- oder gar Dickdarm bei frischtoten Kindern spricht für extrauterin verschluckte Luft. Dagegen können Lanugohaare, Smegma, Mekonium, Fruchtwasser, intrauterin geschluckt worden sein. Kleinste Blutergüsse in Perikard, Pleura, Thymus usw. beweisen nicht viel für die Erstickung, weil sie zu oft wahrgenommen werden. Auf kongenitale Mißbildungen, die häufig den sofortigen Tod nach der Geburt des Kindes herbeiführen, ist zu achten, z. B. auf Zwerchfellhernie, offenbleibende Herz- und Gefäßforamina usw. Die Verblutung des Kindes aus der durchrissenen Nabelschnur ist selten, weil die Arterien sich einrollen und retrahieren, während die scharf durchschnittene, aber schlecht unterbundene Nabelschnur starke, selbst tödliche Nachblutungen bewirken kann. Auf alle diese Dinge ist genau zu achten, ehe man im Totenschein aussagt, daß man an dem Kinde keine Zeichen eines gewaltsamen Todes wahrgenommen habe.

Nach dem bisherigen Recht wurde die uneheliche Kindsmörderin gesetzlich milder beurteilt als die eheliche. Im neuen Strafgesetzentwurf ist eine allgemeine Milderung der Bestrafung wegen Kindsmord durch die Mutter vorgesehen, weil der Frischentbundenen überhaupt verminderte Zurechnungsfähigkeit zuerkannt wird. Die Mindeststrafe für Kindsmord ist im neuen Gesetzentwurf 6 Monate Gefängnis (bisher 2 Jahre).

Die Hebamme ist verpflichtet, jede uneheliche Geburt, bei der sie zugegen war, innerhalb einer Woche dem Standesamt des Bezirkes, in dem die Geburt stattgefunden hat, mündlich anzu-

zeigen, eine eheliche Geburt nur dann, wenn der zunächst zur Anzeige verpflichtete Vater verstorben, nicht zur Stelle oder an der Erstattung der Anzeige verhindert ist. Ist das Kind totgeboren oder in der Geburt verstorben, so muß die Anzeige spätestens am nächsten Wochentage geschehen, außer bei Totgeburten unter 32 *cm* Länge, aber auch diese müssen im Hebammentagebuch vermerkt sein. Auch die Anstaltshebammen müssen die Geburten und Totgeburten melden; ist die Entbindung vom Arzt allein, ohne Hebamme geleitet worden, so hat er für die richtige Meldung einzustehen, deren Unterlassung ziemlich erhebliche Bestrafung nach sich zieht.

Kindisleichen zu wissenschaftlichen Zwecken, z. B. Konservierung, Phantomübung usw. zurückzubehalten, oder auf den häufig ausgesprochenen Wunsch der Angehörigen, der toten Mutter einfach beizulegen, um die Beerdigungskosten zu sparen, darf nur ausgeführt werden, wenn ein amtlicher Totenschein ausgestellt und vom Standesamt ein Beerdigungserlaubnisschein ausgehändigt worden ist. Diesen hat man sich geben zu lassen und muß ihn sorgfältig aufbewahren. Anderen Leichen darf ein Kind nicht beigelegt werden.

Zeugnis- und Schweigepflicht des Arztes⁹⁾.

Die Zeugnispflicht des Arztes verhält sich in der Gynäkologie und Geburtshilfe nicht anders als in den anderen Disziplinen, die Schweigepflicht aber ist noch wesentlich größer; hier muß man unterscheiden zwischen der ärztlichen Verschwiegenheit im täglichen Leben und in derjenigen vor Gericht. Im gesellschaftlichen Verkehr darf der Frauenarzt nicht mit einem Wort, ja nicht mit einem Blick oder Geste die Tatsache preisgeben, daß er die betreffende Frau ärztlich kennt. Gewiß ist die allgemeine Prüderie der früheren Zeit verschwunden und es verschlägt einer Frau, selbst einem Mädchen im allgemeinen wenig, wenn von ihr bekannt ist, daß sie einen Frauenarzt konsultiert hat. Früher hatte das beim Publikum immer einen unangenehmen Beiklang gehabt, jetzt weiß jedes Mädchen, daß die Untersuchung ohne Verletzung des Hymens möglich ist und nötig wird bei den geringsten Beschwerden, vor dem Eheschluß usw. Aber in kleinen Städten wird es heute noch anders angesehen, und jedenfalls ist es Sache der Frau, ob sie von einer gynäkologischen Erkrankung sprechen will, und keinesfalls Recht des Arztes, sie zu erwähnen. Er kann nicht wissen, welche Ungelegenheiten er ihr damit macht. Ein englischer Gynäkologe, den wir durch ein von ihm angegebenes Instrument kennen, hat einmal eine solche leichtthin gemachte

⁹⁾ Bähr, Mschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 76, S. 296.

Trauma der unerwartet eintretenden ersten Geburt, noch dazu wenn sie verheimlicht werden soll und ohne jede Beihilfe verläuft, ist so groß, daß nicht übermäßig nervenstarke Frauen vollständig der vernunftmäßigen Überlegung beraubt werden können. Sonst aber kann immer nur von Fall zu Fall und durch längere Beobachtung der strafmildernde oder die Zurechnungsfähigkeit aufhebende Faktor bei im Affekt begangenen Delikten in den verschiedenen Generationsphasen festzustellen versucht werden.

B. Die Abtreibung.

Das Verbrechen wider das keimende Leben wird von den Schwangeren selbst gemeinsam mit Angehörigen, Kurpfuschern und leider auch Hebammen und Ärzten vorgenommen. Nach *Nerermann* gehen jährlich in Deutschland 43.000 Frauen an der Abtreibung zugrunde. Während die Ärzte fast stets dabei die Methoden der schulmäßigen Schwangerschaftsunterbrechung anwenden, bedienen sich die anderen Kategorien von Abtreibern zum Teil recht seltsamer Verfahren.

1. Innere Mittel; ihre Zahl ist Legion; von einer überaus großen Anzahl von pflanzlichen Drogen des In- und Auslandes werden Aufgüsse zu diesem Zwecke bereitet. Die wirksamsten sind Mutterkorn, Sabina, Garbenraute, Schafgarbe, Rosmarin, Margonal, Kampfer, Senneschoten, Schmierseife und Terpentin. Gifte, welche eine Schädigung des Gesamtorganismus zur Folge haben, namentlich solche, die Fieber, Nierenreizungen und Darmkatarrh erzeugen, können auch das Ei heraustreiben. Mittel, die isoliert den Eitod bewirken, sind mir nicht bekannt.

2. Die physikalischen Mittel sind heiße Voll-, Sitz- und besonders Fußbäder mit Senfmehl sowie Spülungen, welche eine Fluxion zum Unterleibe bewirken sollen; Knetungen und Massage, entweder rein abdominal oder abdominal-vaginal mit starkem Drücken und Auspressen des Uterus, ferner Stoß, Schlag, Sprung von einer gewissen Höhe, wobei durch den Contrecoup das Ei gelöst werden soll. Alle diese Mittel sind schlecht oder gefährlich.

3. Die mechanischen Mittel gehen alle vom Orificium uteri das Ei an und bestehen in Einspritzungen, Einführen eines spitzen Gegenstandes (Stricknadel, Gänsekiel) oder Einführung katheterartiger Troikarts zur Eröffnung der Fruchtblase. Die Hebammen arbeiten selten im Spekulum mit Anfassen der Portio, meist mit der Sonde oder der ausgekochten Stricknadel. Die Kurpfuscher sind oft Masseusen, die gelegentlich ihre Kunst in dieser Beziehung erfolgreich betreiben. Von Laien tritt nicht selten der Ehemann oder der Liebhaber in Aktion, besonders wenn er

Mechaniker ist. Zur Orientierung über die Anatomie wird gewöhnlich das *Bilz*sche Buch herangezogen. Es wurde neulich gerichtlich die Frage aufgeworfen, ob ein Student der Technik imstande gewesen sei, einen halbstarren Seidenkatheter in die Gebärmutter erfolgreich zu praktizieren, woran ich und der Gerichtsarzt nicht zweifelten, ein anderer Gynäkologe allerdings nicht glaubte. Es wird auch Abtreibung indirekt geübt durch Verleitung von Ärzten mittels irreführender Angaben, z. B. die Periode sei niemals ausgeblieben und jetzt blute die Patientin stark, oder die Frucht sei herausgeschlüpft und es blute weiter. Dann macht sich die Patientin, event. aber auch der Arzt strafbar; erstere darf nicht falsche Angaben machen, letzterer auf die Anamnese allein hin keine Eingriffe unternehmen.

Die Mehrzahl der Abtreibungen geschieht durch die Schwangeren selbst. Es ist einer besseren Sache würdig, welche ungeheure Energie und Standhaftigkeit sie dabei betätigen. Die Frauen nehmen meist Spritzen von 50 *cg* mit langen Metallkanülen, die sie mit Seifenlösung oder Glycerin gefüllt einführen. Sie kauern nieder, pressen nach unten, bis sie mit den Fingern der linken Hand den Muttermund fühlen, dann führen sie mit der rechten die Kanüle ein und stoßen sie bis über den vermeintlichen inneren Muttermund hinauf, wobei es meistens sofort blutet und stark schmerzt. Dabei aber, weil sie das Instrument nicht von der Mittellinie aus handhaben, sondern meist von rechts, stoßen sie oft durch das linke Scheidengewölbe oder die linke Zervikalwand in das Parametrium oder in die Bauchhöhle. Dann ist nach vollzogener Einspritzung ein schwerer Kollaps oft die erste Folge. Oder sie benutzen beinerne Kanülen von ca. 10 *cm* Länge, die mit Gummiballons (z. B. den Ladyfriend) verbunden sind; sie erzeugen gelegentlich Luftembolien; die Luft wird mit der Flüssigkeit zwischen Uteruswand und Ei gepreßt und entweder sofortiger Tod durch Herzlähmung erzeugt oder die Luft bleibt zunächst im Uterus und kommt erst nach einiger Zeit bei Bewegungen in den Kreislauf. Todesfälle im Shock, an Verblutung, Verbrühung, Verätzung oder akuter Sepsis kommen zahlreich nach den Selbstmanipulationen vor, die aber übrigens von den Kranken meist noch auf dem Totenbette standhaft geleugnet werden.

Die Kurpfuscher oder gewerbsmäßigen Abtreiber, auch die Hebammen, leiten den Abort nur ein und überlassen seine Austreibung den Naturkräften oder dem Arzt; sie instruieren ihre „Schutzbefohlenen“, dem Arzte zu sagen, daß die Blutungen spontan begonnen hätten, und erwarten dann, daß er zur Kurette greift. Auch die ärztlichen Abtreiber handeln, wenn sie vorsichtig sind, ähnlich und haben oft mit einem anderen Arzt ein dahingehendes Abkommen, daß er, angeblich nichts von dem Vorge-

gangenen ahnend, bei Blutungen ausräumt; oder sie arbeiten in der Weise Hand in Hand, daß der eine die schriftliche Indikation stellt, der andere den Abort ausführt. Dazu bedient er sich meistens des Laminariastiftes und am nächsten Tage der Ausräumung, oder er kurettiert alsbald in der ersten Sitzung; das letztere Verfahren führt, außer bei ganz kleinen Eiern oder bei kurzem klaffenden Zervikalkanal, zur halben Arbeit (unvollkommene Ausräumung), wenn nicht zu schweren Blutungen und Verletzungen, besonders wegen der Heimlichkeit des Vorgehens, der ungenügenden Assistenz und der psychischen Erregung. Die Mortalität ist bei geschickten und vorsichtigen Kurpfuschern kleiner als die unerfahrener Ärzte, die ohne genügende Kenntnis der technischen Schwierigkeiten die Schwangerschaft beseitigen zu müssen glauben. Fast alle drohenden und inkompletten Aborte mit Fieber dürften auf Abtreibung beruhen.

Ebenfalls strafbar ist der Abtreibungsversuch durch sogenannte untaugliche Mittel oder am untauglichen Objekt, nämlich wenn die Patientin gar nicht schwanger ist. Die Täter werden dann aber doch ausnahmsweise wegen Körperverletzung zu fassen sein. Da im neuen Strafgesetzentwurf in besonders leichten Fällen von Strafe abgesehen werden kann, so werden wohl, was die Schwangeren anbetrifft, diese Fälle dabei gemeint sein. Im übrigen sind gewerbsmäßige Abtreiber sehr schwer zu fassen. Soweit es Ärzte sind, auf welche die ganze Stadt mit Fingern zeigt, haben sie für jeden zur Anzeige gelangenden Fall ihre schriftlichen Atteste bereit, oder sie erklären, die Patientin sei blutend mit Abort im Gange zu ihnen gekommen. Sie haben derselben schon vorher genau eingeprägt, was sie zu sagen habe. Spätere Anzeigen der von ihnen Behandelten, etwa zu Erpressungszwecken, kommen nicht leicht vor. Am ehesten noch dann, wenn ein Mädchen, um sich an ihrem früheren Verlobten zu rächen, behauptet, daß er im Verein mit dem Arzte ihr gegen ihren Willen die Schwangerschaft abgetrieben habe; aber auch dagegen sind die Verbrecher gerüstet: sie haben angeblich die retroflektierte Gebärmutter reponiert, einen Urinkatheter eingeführt, eine Erosion geätzt und gar keine Schwangerschaft gefunden. Durch noch vorhandene Eiteile können sie selten überführt werden. Im übrigen ist das Anhängen der Portio oder das Ätzen einer Erosion in der Schwangerschaft streng verboten. Aber wegen dieses Kunstfehlers an sich, wenn er schädliche Folgen nicht mit Sicherheit nach sich geführt hat, kann man sie nicht bestrafen. Wenn die Patientin stirbt und zuvor noch den Abtreiber angibt, wäre es eher möglich, ihn zu fassen, jedoch wird dann meistens noch die Frage sein, ob die unbeschworenen Aussagen genügen und ob das Andenken der Verstor-

benen nicht geschädigt wird, wenn der Arzt dem Staatsanwalt Mitteilung macht. In Schlesien wird bei jedem Todesfall nach Abort die gerichtliche Sektion dadurch erzwungen, daß man die Frage eines gewaltsamen Todes in der ständesamtlichen Anzeige unbeantwortet läßt. Dann sind die Aussichten, den provozierten Abort nachzuweisen, vielleicht etwas besser. Findet man eine größere Verletzung, z. B. eine Perforation des Uterus, so verfällt derjenige, welcher operiert hat, einer gerichtlichen Untersuchung. Das braucht aber gar nicht der Abtreiber zu sein, sondern ein Arzt kann in die Voruntersuchung verwickelt werden, der nachher berechtigterweise kuretieren mußte! Kleine Verletzungen sind oft außerordentlich schwer zu erkennen oder als Folge der ersten Abtreibungsversuche glaubhaft zu machen. Die Sepsis aber allein beweist nicht, daß sie von dem Abtreiber herrührt. Er kann also gelegentlich wohl wegen Abtreibung, aber nicht immer wegen fahrlässiger Tötung bestraft werden. Demnach ist der Kampf gegen die Abtreiber, so selbstverständlich er auch geführt werden muß, meist wenig aussichtsreich. Auch zahlenmäßig würde der Erfolg darum kein besonderer sein, weil schon um der lästigen Zeugenschaft willen, aus Scham oder Geldmangel die Schwangeren meist selbst abtreiben.

Ferner ist der Kampf zurzeit aussichtslos, weil die allgemeine Ethik in diesem Punkte sehr gesunken ist, politische Überzeugungen hineinspielen, unrichtige nationalökonomische und rassenzüchterische Erwägungen die Köpfe verdrehen und das Delikt immer weniger als solches empfunden wird. Mag man sich vom religiösen, ethischen, juristischen, nationalökonomischen Standpunkt dazu stellen wie man will, so wäre die Freigabe der Schwangerschaftsunterbrechung, wie sie in Rußland mit übrigens schädlichen Folgen (s. S. 45) geübt wird und selbst im Kanton Basel in der Schweiz schon drohte, ein großes Unglück. Sie widerspricht zu sehr unserer obersten ärztlichen Pflicht, den einzelnen gesunden Menschen nicht krank zu machen. Wir müssen Ehrfurcht haben vor dem intakten Körpergewebe; fast keine Unterbrechung verläuft so, daß die Kranken ungeschädigt daraus hervorgehen. Der Arzt darf nicht den Zeitläufen, die sich wieder bessern werden, so starke Konzessionen machen, um von dem Standpunkt des „*primum nil nocere*“ auch nur einen Finger breit abzuweichen; im Gegenteil, er muß das ahnungslose Publikum unaufhörlich über diesen Punkt aufklären. Es ist durchaus falsch, auf traurige Ausnahmezeiten hin einschneidende Grundgesetze kurzerhand zu verändern, etwa mit der Begründung, daß doch jede Frau die Abtreibung erreicht, wenn sie will. Weil niemals so viel gestohlen worden ist als in der Nachkriegszeit, darum wird doch auch nicht der Diebstahl

freigegeben, sagte *Puppe* mit Recht. Ein ökonomisches Unglück, das mit einem Tausendmarkschein zu beheben wäre, ist nicht mit der Kurette anzugehen. Das sind meine und vieler anderer Frauen- und Gerichtsärzte Gedanken auf diesem Gebiete, die allerdings von der jetzigen Generation zurzeit für rückständig und akademisch borniert gehalten werden. Wir aber sehen in den großen Kliniken die vielen schädlichen Folgen der Schwangerschaftsunterbrechung und können die Kehrseite dieses Verfahrens besser beurteilen. Auch die Frauen selbst wissen ihrem früheren angeblichen Helfer später oft keinen Dank, wenn sie dauernd steril aus der Angelegenheit hervorgegangen sind und der Arzt ihren damaligen momentanen Affekt unterstützt hat, anstatt sie richtig zu beraten. Nur die Furcht vor der eigenen Bestrafung hindert sie manchmal noch an der späten Anzeige. Es kommen trotzdem noch jahraus jahrein eine Anzahl Abtreibungsfälle zur gerichtlichen Sühnung, meist auf Denunziation hin und wenn gar zu offensichtlich gewerbsmäßig zu ungeheuren Summen oder mit eklatanten Todesopfern das Geschäft betrieben wird.

Außerhalb des Rahmens der großen Strafrechtsreform, die in Bälde zu erwarten ist, sind die auf Abtreibung sich beziehenden Bestimmungen des Strafgesetzbuches, die §§ 218—220, durch eine Novelle, nämlich durch das Gesetz vom 18. Mai 1926, abgeändert worden. Danach kann in besonders leichten Fällen, worunter sich auch der absolut untaugliche Versuch befinden kann, von Strafe abgesehen werden. Auch der Staatsanwalt darf mit Zustimmung des Gerichts von der öffentlichen Klage absehen, wenn bei einem Vergehen die Schuld des Täters gering ist und die Folgen der Tat unbedeutend sind. Die vollendete Abtreibung ist nicht mehr ein Verbrechen, sondern ein Vergehen, wird also nicht mit Zuchthaus, sondern mit Gefängnis von 1 Tag bis zu 5 Jahren bestraft. Ist Gefängnisstrafe unter 3 Monaten verwirkt, so hat das Gericht lediglich auf Geldstrafe zu erkennen, wenn der Strafzweck hierdurch erreichbar erscheint. Alles das bezieht sich aber nicht auf die sog. Lohnabtreibung. Ferner gilt für die oben erwähnten Vergehen die 5jährige Verjährungsfrist, es können also nicht mehr wie bisher aus Gehässigkeit weit zurückliegende Handlungen angezeigt werden. Ferner kann die Untersuchungshaft nur mehr verhängt werden, wenn die Gefahr der Flucht oder Verabredung begründet ist. Es ist ethisch vollkommen richtig, daß die Schwangere selbst möglichst milde beurteilt wird. Die soziale und eugenetische Indikation ist auch im neuen Strafgesetzentwurf nicht als Berechtigung zur Unterbrechung anerkannt, nur die Gefahr für Leben oder Gesundheit. Dagegen ist im Notstandsparagraphen (25) die Möglichkeit für manche Unterbrechungen,

z. B. nach Notzucht, gegeben: „Wer eine mit Strafe bedrohte Handlung begeht, um eine gegenwärtig nicht anders abwendbare Gefahr eines erheblichen Schadens von sich oder einem andern abzuwenden, bleibt von der auf die vorsätzliche Begehung der Tat gesetzten Strafe frei, wenn ihm nach den Umständen nicht zuzumuten war, den drohenden Schaden zu dulden.“

Neuntes Kapitel.

Die polizeiärztliche Überwachung der Prostituierten.

Es ist bekanntlich sehr viel diskutiert worden, ob die Dirnen in Bordellen (Kasernierungssystem) oder in der eigenen Wohnung ihr Gewerbe ausüben und von der Straße verschwinden sollen. Tatsache ist, daß auch im abolitionistischen System (bei Abschaffung jedes Reglements) die Überwachung genügend scharf sein kann. Der Beweis ist der, daß die Syphilis in den letzten Jahren unter den eingeschriebenen Mädchen fast ganz verschwunden ist; auch die Gonorrhoe hat sehr abgenommen. Selbstverständlich bekommen sie alle im Laufe der Jahre Tripperinfektionen und dadurch chronisch entzündliche Adnextumoren, die von Zeit zu Zeit schmerzhaft Rezidive (*Colicae scortorum*) verursachen; aber die Häufigkeit der frischen Gonorrhoe ist unter ihnen jeweils nur 3%; dagegen bei den heimlichen Huren, die nur gelegentlich aufgegriffen werden, über 30%. Die Zahl der frischen Infektionen steigt regelmäßig zu bestimmten Volksbelustigungszeiten (Feiertagen, landwirtschaftliche Ausstellung oder Johanniswoche) um ein Erhebliches. Ebenso wie die venerischen Erkrankungen zurückgegangen sind, so spielt auch die chronische Alkoholvergiftung und der allgemein ethische Tiefstand unter den Prostituierten nicht mehr die Rolle wie früher; viele finden, wenn die Kunden sich verlieren, den Weg ins bürgerliche Leben zurück.

Die Mädchen werden in drei Altersklassen eingeteilt; bis zum 25. Jahr müssen sie zweimal, bis zum 34. Jahr einmal in der Woche zur Untersuchung kommen; die ältesten alle 14 Tage, weil sie als die erfahrensten, vorsichtigsten, freilich auch unbegehrtesten für minder infektionsgefährdet gelten. Die Mädchen in Breslau sind auf die einzelnen Wochentage eingeteilt und haben ohne männliche Begleitung und in unauffälliger Kleidung pünktlich zu erscheinen. Die unentschuldigt Weggebliebenen werden herangeholt; sie haben außerhalb der festgesetzten Zeiten freiwillig zu erscheinen, wenn sie sich krank fühlen. Sie werden im Vorraum von zwei Polizeibeamten in Empfang genommen, welche

biete des Wohnungswesens, der Ehescheidung etc. Die Fürsorgerin versucht, Fühlung mit den Angehörigen der Ratsuchenden zu gewinnen, was namentlich in Fällen von Ehezwistigkeiten oft gute Erfolge gibt. In die Breslauer Beratungsstelle kommen Männer und Frauen jeden Alters und jeden Standes. Die ärztlichen Fälle werden in einem Archiv gesammelt, um fachwissenschaftlich benutzt zu werden. Mit Erlaubnis der zuständigen Stelle gebe ich das seit Gründung der hisigen Sexualberatungsstelle bearbeitete Material: 85 Fälle wurden beraten: achtmal wegen venerischer, ebenso oft wegen sonstiger geschlechtlicher Erkrankung, zehnmal wurde um Untersuchung zwecks Eheauglichkeit bzw. Eheschließung gebeten, 12 Ratsuchende suchten den Grund ihres sexuellen Notstandes in Nervenleiden, über Impotenz klagten 8, über Onanie 7, über Homosexualität 5, 4 waren gängstigt von Pollutionen. Vorbeugung erbat 3, 2 Ehepaare klagten über Kinderlosigkeit und baten um Feststellung der Ursache und entsprechende Behandlung, um Kinder zu bekommen. In 2 Fällen wurde eine *Steinach*-Operation ausgeführt. 11 waren Trinkerfälle, in 6 Fällen baten Jugendliche um Rat und Belehrung in unverständlichem Drängen sexueller Impulse oder in seelischen Konflikten bestimmter Fälle. Die Sexualberatungsstellen sind für das weibliche Geschlecht darum besonders wichtig, weil bei ihm die Entwicklungsstörung sehr viel häufiger ist wie beim männlichen. Bei der Leipziger Ortskrankenkasse findet sich unter 10.000 Erkrankten die Diagnose Entwicklungsstörung bei 212 Frauen, aber keinem Manne; Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane ganz im allgemeinen: 52 Männer auf 406 Frauen!

Zur Diätetik der Menstruation ist zu verlangen, daß in öffentlichen Einrichtungen viel mehr Rücksicht darauf genommen wird, als dies bei uns bisher der Fall war. Im amerikanischen Eisenbahnwagen finden sich stets getrennte Wasch- und Klosetteinrichtungen für Frauen und, ebenso wie in allen öffentlichen Gebäuden und Gaststätten, Automaten mit Unwohlseinsbinden; diese sind einzeln steril verpackt, mit zwei Sicherheitsnadeln zum Feststecken versehen und können gegen das kleinste Geldstück überall entnommen werden, wo die Frau von der Periode überrascht wird oder Blase und Mastdarm entleert. Diese Einrichtung enthebt die Frauen von dem Mitschleppen eines oft unnötigen und unter allen Umständen unangenehmen Ballastes. Die Unwohlseinsbinden müssen im übrigen aus steriler bzw. antiseptischer Watte mit Mullüberzug bestehen, oder aus einem waschbaren, nicht zu rauhem Frottierstoff; sie dürfen kein Ekzem erzeugen und müssen die Rima pudendi gut abschließen. Sie sollten nur aus bestem Material hergestellt sein und an einem gürtelförmigen Band um den Leib getragen werden. Ein sehr empfehlens-

Gegengrund gegen die Ehe; Tuberkulose, Herz- und Nierenleiden sowie Geisteskrankheiten mindestens gegen die Schwangerschaft.

Die Hochzeit soll möglichst auf die Zeit zwischen 2 Menstruationen gelegt werden, was jedoch nicht ausschließt, daß durch die Erregung eine Zwischenblutung um diese Zeit eintritt.

Die Kohabitation ist während der Menstruation zu unterlassen, im übrigen besteht die Hygiene derselben darin, nach dem Akt eine antiseptische Waschung vorzunehmen, wenn es sich um Verkehr mit infektionsverdächtigem Partner handelt (siehe Kapitel IX). Am besten hat jede Frau in einem Schränkchen über dem Nachttisch einen allabendlich mit warmem Wasser zu füllenden Irrigator und im Nachttischchen einen Unterschieber, der eine breite Sitzfläche besitzt. Sie kann dann bald nach dem Verkehr, ohne aufzustehen, Spülungen machen, wenn sie aus Reinlichkeitsgründen oder um nicht gravid zu werden dazu Veranlassung zu haben glaubt; im Prinzip aber sind die Spülungen nicht nötig, namentlich bei solchen sogar falsch, die an vorzeitigem Samenabfluß leiden und gern konzipieren möchten. Das sofortige Aufstehen und Umhergehen nach dem Koitus ist schädlich, ebenso wie das Spülen mit kaltem Wasser. Die Häufigkeit der Ausführung der Kohabitation vom hygienischen Standpunkt ist nicht in Zahlen anzugeben, richtet sich ganz nach der Individualität der Partner, keinesfalls so oft, daß die Frau schlecht aussieht, an Mattigkeit leidet und Rückenschmerzen bekommt. Dem Wunsche des Mannes entgegenzukommen, ist die Frau bis zu einem gewissen Grade verpflichtet. Das Hinausziehen der Mutterschaft aus Raumnot, Eitelkeit, Bequemlichkeit oder anderen egoistischen Gründen ist falsch. Es tritt zu leicht Gewöhnung der Eheleute oder durch den Präventivverkehr ein pathologischer Genitalstatus ein, welcher Sterilität zur Folge haben kann. Die in den Geschäften zu kaufenden, von den Kreisärzten zu überwachenden Irrigatoren dürfen folgende Fehler nicht besitzen:

1. nicht aus Metall, sondern aus Glas,
2. nicht nach dem Boden zu sich so verjüngen, daß die Reinigung erschwert ist,
3. nicht undurchsichtig sein, damit man sieht, was und wieviel Flüssigkeit darin ist,
4. der Gummischlauch darf nicht brüchig oder zusammengequetscht sein und muß vorher durchgespült werden,
5. das Mutterrohr muß nicht geradgestreckt, sondern gewinkelt sein und soll nicht eine einfache zentrale, sehr breite Ausflußöffnung haben, sondern entweder eine birnenförmige Verdickung und Verengung an der Spitze oder viele kleine seitliche Ausflußöffnungen mit der Richtung nach der Seite

oder hinten. Es soll von Glas, darf aber nicht angeschlagen sein. Für Klistiere ist ein anderer Schlauch und kurzes Ansatzstück von Hartkautschuk zu verwenden.

Die Hygiene der Schwangerschaft ist in allen Lehrbüchern der Geburtshilfe nachzulesen; sie gipfelt in der sorgfältigen Befolgung aller allgemein-hygienischen Vorschriften, in der Enthaltung der Kohabitation mindestens in den letzten 4 Wochen und in einer gewissen Schonung von Überanstrengung (siehe Kapitel XIV), Vermeidung von starker Erschütterung, z. B. Sprung und Fahren auf schlecht gefederten Wagen über holpriges Pflaster, Vermeidung aller Gewohnheitsgifte noch mehr als sonst. Das Tragen einer Leibbinde ist nur bei Hänge- oder Spitzbauch notwendig. Die Umstandsbinde muß zum Weiterstellen eingerichtet sein, im ganzen sowohl als insbesondere im oberen Teil gegenüber dem unteren. Bei Krampffaderbildung ist langes Stehen zu vermeiden, daher sind Arbeiterinnen mit Neigung dazu von solcher Tätigkeit zu befreien. Für Hochlage und Wickelung der Beine ist Sorge zu tragen. Bäder darf und soll die Schwangere nehmen, jedoch gegen Ende der Schwangerschaftszeit nicht zu heiß und nicht in Wannen, die andere auf Eiterung, Tuberkulose etc. verdächtige Personen mitbenutzten. Blut, Herz, Urin müssen laufend untersucht werden (s. S. 84).

Zur Entbindung soll sachgemäße Hilfe, Hebamme oder Arzt, angenommen werden; auch der Ärmsten steht der Armen-, Kassenarzt oder die Entbindungsanstalt zur Verfügung; wird sie von der Geburt überrascht (Droschken-, Gassen-, Klosettgeburt), so soll sie das Kind mit den Rücken auffangen, im übrigen sitzen oder liegen bleiben, bis ihr jemand Hilfe leistet. In den Schwangeren-Fürsorgestellen können sich die Frauen über alle diese Fragen vorher Rat einholen. Das Gebären in den Anstalten bürgert sich berechtigterweise immer mehr ein. Zum kleinsten chirurgischen Eingriff begibt man sich in eine stabile Klinik, warum nicht zu dem verantwortlichen und blutigen, daher der strengsten Asepsis bedürftigen Geburt? In Düsseldorf entbanden 42,6%, im Kanton Basel 70% aller Schwangeren in der Frauenklinik.

Das Nähren soll schon in der letzten Zeit der Schwangerschaft durch Abhärtung und Desinfektion der Warzen vorbereitet werden, welches am besten durch Überstülpfung eines Likörgläschens mit 60%igem Alkohol täglich zweimal auf 1—2 Minuten geschieht. Weitere Manipulationen, insbesondere das Bürsten und Vorziehen der Warzen, sind zu widerraten. Ein gut Teil der Hohlwarzen gleicht sich nach der Entbindung aus. Die Stillende soll in der ersten Zeit mit allen Vorsichtsmaßnahmen der Asepsis dem Kinde die Brust reichen; später ist das nicht mehr so nötig, wenn Rhagaden, Schrunden

Wenn alle Methoden, einer Frau zur Empfängnis zu verhelfen, gescheitert sind, so ist sie zur Stillung ihrer Mutterschaftsehnsucht beizeiten auf die Möglichkeit der Adoption vom Arzte hinzuweisen und ihr die Annahme eines anderen Kindes in lockenden Farben zu schildern sowie in der Auswahl helfend beizustehen. Der Wunsch, ein Kind als eigenes aufzuziehen, ist in der Frau meistens so tief verankert, daß die ersten bei ihr auftauchenden Bedenken leicht zu zerstreuen sind. Selbst wenn die Auswahl des Kindes keine glückliche gewesen ist, fehlt den Adoptivmüttern meist die Kritik darüber und sie sind blind in das Ziehkind vernarrt. Dieser Zustand ist aber dem der hoffnungslosen Kinderlosigkeit vom psychologischen Standpunkt weitaus vorzuziehen. Berücksichtigt man noch, daß in unserer heutigen Zeit sehr viel soziales Unglück aus dem Gegenteil erwächst, wieviel vaterlose Kinder bei unehelichen Geburten oder nach den Kriegsverlusten in Elend heranwachsen, so ist es meines Erachtens direkt Pflicht des Arztes, auf Adoption in sterilen Ehen hinzuwirken und aus Entbindungs- und Kinderheimen geeignete Kinder aussuchen zu helfen. Vor dem Kriege waren die Vorschriften für juristische Adoption sehr rigoros gehandhabt, die Adoptiveltern mußten das 50. Jahr überschritten haben bzw. es mußte eine ärztliche Bescheinigung ausgestellt werden, daß die Ehefrau auf keinen Fall mehr infolge ihres körperlichen Zustandes ein eigenes Kind austragen und gebären könne. Diese Vorschrift wird jetzt viel milder gehandhabt; wenn der Arzt mit einigermaßen gutem Gewissen bescheinigen kann, daß die Frau nach menschlicher Voraussicht höchstwahrscheinlich ein Kind nicht mehr bekommen könne, so wird die Adoption gestattet.

B. Verhütung und Behandlung unerwünschter Fruchtbarkeit¹⁵⁾.

Die Schwangerschaftsverhütung ist in der jetzigen schweren Zeit eine berechtigte Schutzmaßnahme der Frau, vorausgesetzt, daß sie unschädlich ist; sie ist eine vollkommene Privatangelegenheit zwischen Mann und Frau, in die niemand ungefragt hineinzureden hat. Öffentliche Anpreisung von dazu angeblich geeigneten Mitteln ist nicht erlaubt, der gewerbsmäßige Handel mit besonders gefährlichen Mitteln dieser Art wird bestraft. Die Kreisärzte haben die Pflicht, die entsprechenden Kaufläden daraufhin zu überwachen. Über die sicherste und unschädlichste Ausführung der Präventivmaßnahmen werden die Eheleute sich häufig mit dem Arzt ihres Vertrauens beraten. Derselbe kann auch auf einem anderen ethischen oder religiösen Standpunkt stehen und seine Hilfe ablehnen.

¹⁵⁾ *Grotjahn*, Hygiene der menschlichen Fortpflanzung. Berlin 1926.

Das wird aber weder ihm noch der Sache zurzeit nützen. Die Kontrazeption erreicht ihr Ziel, wenn der Mann den Eintritt des Samens in die weiblichen Organe verhindert; er hat vielfach von sich aus das Interesse, daß die Frau nicht schwanger wird. Im allgemeinen ist jedoch das Interesse der Frau an der Verhütung viel größer, denn sie muß das Kind austragen, gebären und aufziehen; auf sie allein fällt, wenn sie nicht verheiratet ist, der eventuelle Vorwurf eines unsittlichen Lebens; sie muß, wenn das Kind unehelich geboren ist, des Liebhabers Vaterschaft beweisen. Der letzte Umstand ist übrigens Grund genug, daß einschneidende Methoden der Ehesterilisierung nur die Frau betreffen können, ohne daß gegen die Parität der beiden Geschlechter damit verstoßen würde. Denn ein vom Manne mit einer anderen erzeugtes Kind fällt nicht der Ehe und dem gemeinsamen Haushalt zur Last, wohl aber das der Frau mit einem anderen Manne.

Die Methoden der Kontrazeption sind theoretisch teils schlecht, teils gefährlich. Trotzdem erfüllt im allgemeinen die Kontrazeption ihren beabsichtigten Zweck. In der Kombination von mehreren Verhütungsmaßnahmen liegt eine gewisse Gewähr. Eine Zeit der Unfruchtbarkeit innerhalb der Geschlechtsphasen der Frau gibt es nicht, weil die Spermatozoen sich längere Zeit im weiblichen Genitalkanal lebend erhalten können. Es gibt nur physikalische oder chemische Gegenmaßnahmen, um den Zutritt lebender Spermatozoen bis zur Eizelle zu hindern. Dieselben sind:

I. Von seiten des Mannes:

1. Coitus reservatus,
2. Coitus condomatosus.

1. Das Zurückziehen ist schädlich *a)* für das Nervensystem, *b)* mindestens für das weibliche Genitale.

Zu *a)*: Die Aufmerksamkeit muß geteilt werden und ist außerordentlich gespannt auf einen nur sekundenlangen Moment gerichtet, nämlich darauf, wann im höchsten Orgasmus das Profluvium seminis anfängt; diese und die plötzliche Unterbrechung des Ejakulationsdranges sind schädlich; bei der Frau durch Entstehen der Metritis und Parametritis posterior chronica, weil das kongestionierte Organ nicht zur physiologischen Anschwellung kommt und Spasmen in den Ligamentis sacrouterinis eintreten, die zu einer chronischen Reizung derselben führen. Eine Abart des Coitus reservatus, die Cohabitatio ante portas, ist schädlich, weil sie eine mehr masturbatorische und wegen ungenügender Umschließung des Gliedes zu langsam abklingende geschlechtliche Erregung als ein zur Detumeszenz führender Ge-

schlechtsakt ist, und doch nicht sicher prohibitiv, weil auch der vor der Vulva deponierte Samen zur Befruchtung führen kann.

2. Das Kondom ist zuverlässig, wenn es an der Basis des Gliedes wasserdicht schließt und beim Gebrauch nicht platzt. Gummibaum- oder sogenannte Fischblasenkondoms, in Wirklichkeit aus dem Darm von Schaf und Ziege gefertigt, sind, wenn angefeuchtet, am besten in doppelter Zahl überzogen und von außen eingefettet, am zuverlässigsten. Das Präservativ muß nach Gebrauch unter dem Hahn der Wasserleitung auf seine Dichte geprüft werden, wenn man sicher sein will, die Befruchtung verhindert zu haben. Viele Männer lehnen das Kondom ab, weil es die Voluptas etwas herabsetzt, oder können es nicht immer verwenden, weil es der Kohabitation das zwangsläufig unbewußt Gefühlsmäßige nimmt, wodurch beide Teile abgeschreckt werden. Das gleiche gilt freilich auch von den Methoden, die die Frau ante coitum anwendet, in meist noch verstärktem Maße.

II. Die Maßnahmen, welche die Frau verwendet, gliedern sich in die Behinderung des Zutritts und in die Herausschwemmung der Spermatozoen — diese Mittel werden vielfach kombiniert —, und die Anwendung der innerhalb des Geschlechtskanals Sperma abtötenden Mittel. Die Abtötung geschieht auf chemischem, die Verhinderung des Zutritts auf mechanischem Wege. Zwecks erfolgreicher Abtötung muß das spermatozide Mittel vor den Spermatozoen anwesend sein, also vor dem Koitus angebracht werden. Auch von den stärksten Spermagiften ist es zweifelhaft, ob sie alle Samenfäden in deren schleimigem Vehikel erfassen. Die Mittel sind:

1. Eiweißgifte, z. B. Sublimat, Oxyzyanat, Chinolin, Chinosol;
2. organische Säuren: Weinstein-, Bor-, Essig-, Oxal-, Milch-, Ameisensäure;
3. spezifische Gifte wie das Chinin.

Diese Mittel werden in Tabletten, Kugeln usw. kombiniert angepriesen und vor dem Koitus in die Scheide eingeschoben, in deren Wärme sie sich auflösen, oder sie werden mit Ballonspritzen (Ladyfriend, Gloriaspritze) als Pulver hineingestäubt. Die Ballonspritzen sind nicht ungefährlich. Spülungen mit ihnen post coitum können jene Spermatozoen nicht immer erreichen, welche direkt in den äußeren Muttermund gespritzt oder vom hinteren Scheidengewölbe sofort aspiriert werden und nun durchschnittlich in je einer Stunde einen Zentimeter durch aktive Aufwärtsbewegung im Uterus zurücklegen. Man versucht, mit der Spülflüssigkeit den Spermatozoen nachzueilen, indem man die Frau in liegender Stellung mit tief gelagertem Kopf und durch den Unterschieber erhöhtem

Becken die Irrigation vornehmen und danach mit übereinander gekreuzten Beinen einige Minuten liegen läßt. Die Injektionsflüssigkeit wird wiederum vom hinteren Scheidengewölbe aus, in welchem sie als dem tiefsten Punkte des Genitalkanals sich sammelt und in das auch die Portio vaginalis unter normalen Umständen eintaucht, durch Kapillarattraktion in den Uterus hinaufrücken, aber das wird von der Beschaffenheit, Richtung und Schmalheit der Uterushöhle vielfach abhängen.

Die Mittel, welche mechanisch den Zutritt der Spermatozoen zum Ei verhindern, sind

1. eingelegte Tampons, Schwämme, Portiokappen, Zervixstöpsel. Die letzteren (Aluminium- oder Silkworm-Sterilets) sind gefährlich, machen Endometritis, Abort, Adnexentzündung, Exsudat. Die Portiokappen aus vergoldetem (*Kafka*) oder versilbertem (*Frey*) leichten Metall können sich verschieben, wenn sie nicht luftdicht aufgesetzt sind. Darum müssen sie

- a) nach Größe und Form der Portio ausgewählt,
- b) an den Rändern eingefettet,
- c) angewärmt,
- d) an den Rändern federnd gekerbt sein (Orga).

Statt der oxydierenden Metallpessare kann man auch Zelluloidkappen (Zeger) verwenden und innerhalb der Kappen kann sich noch ein spermatozides Medikament befinden. Durch die Wärme verdünnt sich die Luft innerhalb der Kappe und der atmosphärische Außendruck preßt sie gegen die Portio. *Kafka* hat Gipsmodelle der Portio genommen und danach sein Okklusivpessar formiert. Da aber prämenstruell die Portio anschwillt, ist dieses Verfahren nicht harmlos. Es ist besser, das Okklusivpessar etwas größer zu wählen, als der Portio entspricht. Diese Pessare müssen unbedingt vor der Menstruation entfernt werden, weil sonst heftige Schmerzen durch Rückstauung des Blutes entstehen. Zum Wiedereinsetzen brauchen die meisten Frauen Hilfe; das ist der wesentliche Nachteil des sonst relativ zuverlässigen und sauberen Verfahrens. Vor Entfernung der Schale muß mit antikonzeptioneller Lösung gespült werden, falls Spermatozoen kurz zuvor in die Scheide gelangt sind. Bei weit klaffendem Kollum, besonders Zervixrissen bis ins Scheidengewölbe, können die Portiokappen nicht abdichten. Außer den Portiokappen gibt es noch Scheidenpessare nach Art des Prolaps (*Hasse-Mensinga*) oder des Retroflexionspessars (*Earlet-Graziella*), also runde, Ringe bzw. längliche, sigmaförmig gebogene, beide ausgefüllt mit einer konvex nach außen abschließenden Gummimembran. Diese sind am längsten im Gebrauch, ihre Einführung kann von der Frau gelernt werden, sie sind aber nicht so zuverlässig und

minder sauber. Noch unappetitlicher sind eingelegte Schwämme, die nicht sicher sterilisiert werden, auch Wattetampons, die binnen kurzem einen unangenehmen Geruch bekommen. Diese würden aber dennoch als zuverlässig erscheinen, wenn nicht bei ihrer Entfernung, die meist durch Haltefäden geschieht, Spermatozoen nach oben abgegeben werden könnten. Da die Spermatozoen in der Scheide nach 12 Stunden abgestorben sind, sollten die Tampons erst nach dieser Zeit entfernt werden oder eine sofortige Spülung mit Spermagiftlösung ihrer Entfernung nachgeschickt werden.

2. Die Spülungen sind zunächst mechanische, zugleich aber auch chemische Abtötungsmittel, wenn sie mit einer der oben angeführten spermatoziden Substanzen ausgeführt werden. Die Gasbildner entwickeln Kohlensäure oder Sauerstoff (Wasserstoffsperoxyd) und sollen den Samen in herausquellendem Schaum mitentfernen. Die Wirkung postkohabitiver Spülungen habe ich schon oben als verspätet kritisiert, die der Gasbildner unterliegt dem Einwand der Unzuverlässigkeit; auch sie werden mit spermaabtötenden Mitteln kombiniert. Muskelstarke Frauen sind ferner befähigt, durch Zusammenziehung der Beckenbodenmuskulatur den Samen sofort nach dem Koitus herauszuschleudern. Das Mittel ist gegenüber dem letzten Spermafaden nicht zuverlässig. Mechanisch und spermatozid wirkt Patentex, der Inhalt einer mit langem beigegebenen Glasrohr versehenen Tube, welches eine spermatozide Substanz mit einem klebrigen Vehikel verbindet und an der Portio selbst deponiert; hierdurch werden die Samenfäden am Eintritt in den Halskanal zunächst verhindert und dann abgetötet. Auch hier habe ich schon Mißerfolge gesehen. Anhangsweise möchte ich zu den mechanischen Mitteln auch noch erwähnen, daß manche Frauen sich antemenstruell vierwöchentlich oberflächlich die Uterusfläche abradieren lassen, ein sicherlich zuverlässiges, aber unerlaubtes Mittel, weil es, erfolgreich angewendet, nichts anderes als einen künstlichen Abort in frühester Zeit darstellt. Der Einwand der noch nicht ausgebliebenen Menstruation ist juristisch hinfällig.

Im ganzen liegt es so, daß je nach Temperament, Körperbau und Geschicklichkeit die eine oder andere der erwähnten Methoden erfolgreich ist, bis eines Tages der gar nicht mehr erwartete Mißerfolg da ist. Zuverlässig sind nur die

3. Methoden der Funktionsausschaltung: a) durch Röntgenstrahlen, b) durch die Operation.

a) Die Röntgenstrahlen — Radium, Mesothorium werden dazu nicht verwendet — erzeugen Anovulie mit sekundärer Amenorrhoe, mittels einer Dosis von etwa 32—36% HED, also etwa 175—200 R. Da dieses Mittel außerordentlich einschneidend ist,

weil es der Kastration funktionell nahezu gleichsteht, so hat man die temporäre Kastration angestrebt und dazu etwas kleinere Dosen genommen. Man trifft aber nicht immer die Keimdrüsen und bringt nicht immer die gewünschte Strahlenmenge genau an die verlangte Stelle; das hängt von der Lage der Eierstöcke, der Dicke der Bauchdecken ab, auch von der Jugend der Frau, der Funktionstüchtigkeit der Keimdrüsen und den Schwankungen in der Netzspannung. Man bekommt doch die totale Kastration oder auch gar keine Amenorrhoe und schädigt nur die Eier, so daß mißbildete Kinder die Folge sein können. Die Strahlenbehandlung ist also zum Zwecke der Sterilisierung nicht zu empfehlen. Nicht an das eibereitende Organ muß man sich halten, sondern an die eiableitenden Wege, weil diese funktionell minder wichtig sind. Das erreichen aber nur

b) die operativen Maßnahmen. Sie bestehen bei Mann und Frau in der Unterbindung des die Gonaden ausführenden Kanales, also des Samenstranges oder Eileiters. Die Männer lassen sich freiwillig nicht sterilisieren (außer neuerdings nach *Steinach* zur angeblichen Verjüngung). Unfreiwillig geschieht es bei Geisteskranken und Verbrechern in Teilen der Vereinigten Staaten und der Schweiz und sollte nach Meinung mancher, z. B. *Schallmeyer*, *Bauer*, *Fischer-Lenz*, *Boeters-Zwickau*, auch bei uns geschehen. Beobachtungen am Menschen (*F. A. Kehler*) und Experimente am Tier (*L. Fraenkel*) haben gezeigt, daß die einfache Unterbindung, Durchschneidung, Resektion der Eileiter nicht genügt, weil das Tubenrohr sich nach Ausstoßung der Fäden wieder herstellt oder bei liegenden Fäden eine feine Kommunikation durch Einbruch des Rohres an der Unterbindungsstelle entstehen kann, an welcher die Samenfäden aus- und eintreten können. Man muß also die Wunde oder besser den Defekt im Eileiter sorgfältig mit Peritoneum überkleiden. Dafür gibt es viele Methoden, die sehr schön erdacht sind, aber versagen können „naturam expellas furca, tamen usquae recurret“, d. h. das Tubenlumen schlüpft aus seiner Überdachung heraus. *Madelener* zerquetscht die Tube durch eine eigens konstruierte Klemme; auch nach diesem Verfahren kann theoretisch wenigstens das tote Gewebe ausfallen, das Rohr sich wieder herstellen. Es bleibt also nichts übrig, als die Tube keilförmig an ihrer Mündung und in den Uterus herauszuschneiden und diesen mehrschichtig zu verschließen, oder gar den Uteruskörper mit zu amputieren, so daß nicht nur der Eileitungs-, sondern der Bebrütungsraum für das Ei nicht mehr vorhanden ist.

Diese Eingriffe aber sind peritoneale Operationen, müssen also streng indiziert oder nur im Nebenamt einer sonst notwendigen Operation, z. B. Prolapsbeseitigung, angeschlossen werden.

Außerdem sind sie unwiderruflich. Auch hier hat man die temporäre Sterilisation versucht, um später, z. B. nach Ausheilung einer Lungentuberkulose, wiederum operativ die Unfruchtbarkeit zu beseitigen. Diese Operation hat jetzt bessere Aussichten wie früher, weil man in letzter Zeit die Eileiter neu in die Gebärmutter einzupflanzen gelernt hat, so daß sie ihre Funktion wieder aufnehmen¹⁶⁾. Wenn man an diese Möglichkeit denkt, so wird man nicht den ganzen Eileiter, sondern sein mediales Drittel keilförmig ausschneiden und die Uteruswunde sorgfältig in mehreren Etagen schließen und peritonealisieren. Soll später die Sterilisierung wieder aufgehoben werden, so kann man ein neues Lumen in den Uterus bohren und in dieses an Haltefäden den distalen Amputationsstumpf des Eileiters hineinziehen und dort befestigen. *Händly* hat vorgeschlagen, die Scheide zu teilen, einen engen vorderen Menstruations- und einen „Vergnügungsgang“ aus dem hinteren größeren Abschnitt der Scheide zu bilden. Jedoch sind alle diese Plastiken unzuverlässige Kunstleien. Kommt spätere Fruchtbarkeit überhaupt noch in Frage, z. B. wenn man glaubt, daß eine Tuberkulose wieder ausheilen könne, so soll man von jeder Operation absehen. Dieses Spielen mit der Gesundheit geht denn doch über den beabsichtigten Zweck weit hinaus. Unserer Kunst sind Grenzen gesetzt; Zerstören ist viel leichter als Wiederaufbauen.

Um zum Schluß den Standpunkt des Arztes gegenüber der Kontrazeption an sich und im Vergleich mit dem künstlichen Abort mit einigen Worten zu kennzeichnen: Der starre Standpunkt, daß jede Schwangerschaftsverhütung genau so ärztlich indiziert sein müsse wie die Unterbrechung, ist vielleicht logisch richtig, läßt sich aber heute nicht aufrecht erhalten. Da die richtig ausgeführte Kontrazeption zwar nicht immer erfolgsicher, aber immer unschädlich ist, wird der Arzt seine Hand dazu bieten dürfen, nachdem er das Für und Wider, auch das Ethische und Materielle mit den Hilfesuchenden besprochen hat. Er wird dann je nach Eigenart von Mann und Frau das geeignete antikonzeptionelle Mittel aus der oben aufgestellten Liste anwenden. Selbstverständlich ist er auch berechtigt, wenn der Fall ihm nicht geeignet erscheint oder seine eigene Weltanschauung dem widerspricht, seine Hilfe abzulehnen; verpflichtet zur Ablehnung ist er, wenn die Schwangerschaftsunterbrechung als Sterilisierungsmethode von ihm verlangt wird, nicht bloß weil es sich um Tötung eines keimenden Lebens handelt, sondern weil jede Schwangerschaftsunterbrechung, gleichgültig, mit welchen Mitteln, den Organismus der Frau zu ruinieren geeignet ist. Das jedoch,

¹⁶⁾ *Unterberger*: Mschr. f. Geb. u. Gyn., 1926, Bd. 73, S. 1 ff.

wenn es aus anderen Gründen geschieht, als um ernste Gefahren für die Gesundheit abzuwenden, ist vollkommen unärztliches Tun. Gefahren für die Gesundheit aber, die in sozialen Faktoren begründet liegen, also durch soziale Maßnahmen anderer Art beseitigt werden können, dürfen nicht durch ärztlich zweischneidige Maßnahmen angegriffen werden.

Dreizehntes Kapitel.

Die Schwangeren- und Wöchnerinnenfürsorge.

Für die Schwangeren treten fürsorgend ein: 1. die Mutterberatungsstellen, 2. das Jugendamt, 3. die vaterländischen Frauenvereine, 4. der Bund für Mutterschutz, 5. die Sozialversicherungen, insbesondere die Krankenkassen, 6. das Wohlfahrtsamt.

1. Die Mutterberatungsstellen, meist Zweigeinrichtungen der Sexualberatungsstelle, entsprechen einem Bedürfnis, weil die Kasse und damit der Kassenarzt zur Feststellung der Schwangerschaft gesetzlich nicht verpflichtet ist. Es wird also in den Beratungsstellen zunächst festgestellt, ob überhaupt Schwangerschaft vorliegt, ob das Ei normal, an falscher Stelle oder in der verlagerten Gebärmutter sitzt, ob sonstige Befunde da sind, welche eine verfrühte Unterbrechung der Schwangerschaft fürchten lassen, Allgemeinkrankheiten (s. unten), Endometritis, Zervixriß, ob Syphilis, Herz-, Nieren- oder Lungenkrankheit vorliegen. Auf all dieses muß dort untersucht werden, wenn kein Hausarzt vorhanden ist. Sodann sollte den Frauen ein Merkblatt in die Hand gegeben werden, durch welches sie die normale Diätetik der Schwangerschaft kennen lernen, auch die Symptome, bei welchen sie sofort zum Arzt zu gehen haben, also eventuelle Anzeichen einer beginnenden Toxikose. Behandlungen aber sollen prinzipiell dort nicht stattfinden, die Kranke vielmehr ihrem Haus- oder Kassenarzt überwiesen werden. In der Breslauer Mutterberatungsstelle wurden 1926 802 neue, darunter 643 unverheiratete Mütter beraten; dem Beruf nach waren sie am häufigsten Hausangestellte.

2. Das Jugendamt tritt in Tätigkeit, wenn sich die Schwangeren daselbst melden. Es ist eine Bescheinigung des Arztes oder der Hebamme vorzulegen, daß Schwangerschaft, mindestens vom siebenten Monat an, vorliegt. Nach Prüfung der wirtschaftlichen Verhältnisse durch eine Fürsorgerin können der Schwangeren Lebensmittelpakete, Milch und — nach Vorlegung der Geburtsurkunde — Säuglingswäsche ausgehändigt werden. Ferner werden die Kosten für die Unterbringung als sogenannte Hausschwangere