

heiße Umschläge auf die Lebergegend, Diathermie der Leber den Gallenabfluß fördern, ist fraglich, nach LEPEHNE zumindest nicht bewiesen. Dagegen läßt sich die von WIECHOWSKI und STROSS festgestellte lähmende Wirkung von Campher und Menthol, besonders auf kontrahierte glatte Muskelfasern, zur Bekämpfung spastischer Zustände in den Gallenwegen ausnützen und WESTPHAL sah mit SCHREIBER von oralen Gaben von etwa 1 ccm 20proz. Lösung von Kampher in Pfefferminzöl, HECHT und MANTZ von duodenaler Zufuhr von 120 ccm 0,2proz. Mentholösung gute Erfolge. Die beiden letztgenannten Mittel wurden bereits unter den sicher gallesekretionsfördernden genannt. Beide Wirkungen, die auf Sekretion und Entleerung, kommen auch der Nahrungszufuhr zu, indem beim Übertritt des Speisebreis in den Dünndarm die bis auf eine minimale Nüchternfähigkeit ruhende Gallenentleerung kräftig einsetzt; damit ist auch die Empfehlung häufiger Mahlzeiten und eines reichlicheren Frühstücks begründet. Es muß übrigens nicht Nahrungsmaterial sein, das in das Duodenum eintritt, um Entleerung der Gallenwege herbeizuführen. Es genügt der Eintritt des Knopfes der Duodenalsonde in den Darm. Was dann abtropft, ist Leber-, nicht Blasengalle (STEPP). Erschlaffung des Sphincters kann auch operativ durch Cholecystektomie herbeigeführt werden (ROST, JUDD und MANN). Für gewöhnlich scheint die Gallenblasenmuskulatur bei der Gallenblasenentleerung keine große Rolle zu spielen (WINKELSTEIN). Kontraktion und Entleerung der Gallenblase kann man erzielen, wenn man Pepton intravenös oder in das Duodenum einspritzt (ELLINGER, DOYON, ROST, KLEE und KLÜPFEL), was STEPP zur Gewinnung von Blasengalle für diagnostische und therapeutische Zwecke verwendete (30 ccm 10proz. Peptonlösung intraduodenal). Kontraktion der Gallenblase mit Erschlaffung des Sph. d. ch. kommt nach MELTZER und LYON auch durch duodenale Einführung von gesättigter Magnesiumsulfatlösung zustande. Es wurde vielfach, besonders von amerikanischen Autoren, bestritten (EINHORN, CRÖHN u. a.), daß die Galle, die man auf diese Art erhält, in der Tat Blasengalle sei. Doch halte ich es für zweifellos, daß die Galle, die man bei Anwendung von histaminfreiem Pepton erhält, in der Tat Blasengalle ist, zumal PRIBRAM bei Operationen am Men-

schen den Gallenblasenreflex direkt beobachtet hat, und für wahrscheinlich, daß das Magnesiumsulfat sowohl auf die kontraktile Elemente der Gallenwege als auf die sezernierenden der Leber wirkt. Auch Pilocarpin hat wie das Pituitrin (KALK und SCHÖNDUBE) eine kontraktionserregende Wirkung auf die Gallenblase, der Anwendung des ersteren stehen aber die Nebenwirkungen der erforderlichen Dosis entgegen. Ob reines Öl die Entleerung der Gallenwege begünstigt, ist noch immer nicht sicher entschieden. Experimentelle Untersuchungen verschiedener Autoren ergeben verschiedene Resultate, doch sprechen günstige klinische Resultate für eine Beeinflussung, die wohl nicht nur mit der Ausscheidung des Öls in die Galle zusammenhängt. Besonders darf der Vorschlag von SINGER und von WEILBAUER, warmes Olivenöl in größeren Mengen in das Duodenale einzugießen, hervorgehoben werden; Zusatz von Menthol erscheint zweckmäßig. Auch durch Anregung der Dünndarmperistaltik, durch Steigerung des intraabdominalen Drucks (Behandlung der Enteroptose) wird man gleichfalls auf den Abfluß der Galle einwirken können.

Die Anwendung der die Gallenentleerung fördernden Mittel erscheint in erster Linie angezeigt bei Stauungen in den Gallenwegen, besonders in der Gallenblase, zumal die letztere der direkten Einwirkung der gallesekretionsfördernden Mittel bei vielen pathologischen Zuständen weniger zugänglich ist. Durch Beseitigung der Stauung kann auch die Infektion und die Konkrementbildung bekämpft, vielleicht einmal auch durch Kontraktion der Gallenblase oder durch Spasmuslösung ein kleines Konkrement herausbefördert werden. Indirekt ist auch die durch die Stauung gestörte Leberfunktion günstig zu beeinflussen. Oft wird eine Kombination beider Gruppen der Cholagoga zweckmäßig sein, etwa die Anwendung eines Gallensäurepräparates, von Karlsbader Wasser, ätherischen Ölen oder Podophyllin in Verbindung mit Atropin oder Papaverin-Skopolamin. Die Kombination der sekretionsfördernden Mittel mit den im Duodenum angreifenden Methoden, mit Witte-Pepton oder Magnesiumsulfat, kommt besonders bei Erkrankung der Gallenblase in Betracht, doch möchte ich bei schweren akuten, besonders eitrigen Prozessen, bei Gallenblasenempyem von den letzteren absehen.

ÖFFENTLICHES GESUNDHEITSWESEN.

SOZIALHYGIENISCHES ZUR INDIKATION DER SCHWANGERSCHAFTSUNTERBRECHUNG *).

Von

Dr. CLARA BENDER, Breslau.

Wissenschaftliche Diskussionen über ein Thema, das wie kaum ein anderes die tiefsten weiblichen Interessen berührt, lassen mich und sehr viele meiner Kollegen oft recht enttäuscht und unbefriedigt. Ein Abriß jener Richtlinien, die auf Grund der jetzt geltenden Gesetze und Standesvorschriften unser Tun bei der Abwägung der Abortindikation zu bestimmen haben, erheischt m. E. auch einen ergänzenden Ausblick über die schweren Gewissenskonflikte, in die der Arzt gerät, wenn er jene Normen als alleinige Richtschnur für sein Handeln betrachten will. Ja ich wage zu behaupten, daß mir dabei eine gewisse Unstimmigkeit zwischen Theorie und Praxis, oder besser gesagt zwischen idealer Forderung und Wirklichkeit unverkennbar scheint. Unter Theorie und idealer Forderung verstehe ich hier die Annahme, daß der Arzt heute stets ohne jede Rücksicht auf soziale und wirtschaftliche Gesichtspunkte, ganz allein auf Grund der medizinischen Indikation, über die Notwendigkeit einer Schwangerschaftsunterbrechung entscheiden soll. Eine solche scharfe Trennung zwischen medizinischer und sozialer Indikation gibt es heute nach meiner Überzeugung in der Praxis tatsächlich nicht mehr und kann es nicht mehr geben.

Wie steht es denn in Wirklichkeit? Jene unzähligen Frauen, die heute mit dem Verlangen nach Schwangerschaftsunterbrechung zum Arzte kommen, die tun das zu einem Teil aus rein sozialen oder allgemein menschlichen Gründen; von diesen Fällen rede ich hier aber nicht, denn für die meisten Ärzte wird das gesetzliche Verbot von Schwangerschaftsunterbrechungen aus solchen Gründen im Einklang mit Gewissen und persönlicher Überzeugung stehen. Von den anderen Frauen weist nur ein kleiner Teil solche mehr oder minder schwere organische Herz-, Lungen- oder Nierenkrankheiten auf, wie sie vor 20 Jahren mit größerem Recht als heute ausschließlich als lebensbedrohliche Komplikation bei Schwangerschaft betrachtet wurden. Ein ganz außerordentlich großer Bruchteil aber umfaßt jene schweren und schwersten Erschöpfungszustände, bei denen nachweisbare organische Erkrankungen einstweilen noch nicht vorliegen, wenigstens nicht in einem Grade, der zur Aufstellung einer medizinischen Indikation genügen würde; Frauen, die aber gleichwohl nach ihrer und nach unserer besten Überzeugung durch das Austragen eines Kindes den schwersten Gefahren für Gesundheit, Leistungsfähigkeit, ja unter Umständen für das Leben ausgesetzt sind. Und bei ihnen wird die ärztliche Einsicht sehr oft mit den akademischen Normen in Zwiespalt geraten. Es kann ein Lungenspitzenkatarrh bei Schwangerschaft unter günstigen sozialen Verhältnissen eine viel geringere Gefährdung von Leben und Gesundheit sein, als das Austragen eines weiteren Kindes es ist etwa für eine hochgradig unterernährte Heimarbeiterin, die binnen 5 Jahren 4 Kinder geboren hat und mit diesen und einem arbeitslosen oder lungenkranken

* Vortrag, gehalten am 9. Januar 1925 in der Medizinischen Sektion der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur in Breslau.

Manne zusammen in einer Wohnküche haust. Solcher Art sind die Fälle, in denen man dann so oft 2 Jahre später den Totenschein auszuschreiben hat, nachdem das Krankenhaus die Schwangerschaftsunterbrechung wegen ungenügenden Befundes abgelehnt hat; und in diesen Fällen lachen uns die hilfesusuchenden Frauen m. E. mit vollem Recht ins Gesicht, wenn wir da eine Lebens- und Gesundheitsgefahr bestreiten, und gehn zur Abtreiberin.

Nun existieren trotz vieler umfassender Einzelstatistiken leider keine brauchbaren Landesstatistiken über Fehlgeburten, insbesondere über kriminelle Aborte. Selbst bei genauester Verwertung alles Materials von Kliniken, Ärzten und Hebammen können die heimlichen Aborte nicht mitgezählt werden, und gerade sie sind meist kriminell. In Deutschland werden als Durchschnitt jährlich 250 000 Aborte angenommen, und davon sind 100 000 sicher kriminell; beide Zahlen sind aber bestimmt viel zu niedrig gegriffen. BUMM stellte fest, daß in Berlin von 100 Frauen, die wegen unvollständigen Aborts die Poliklinik aufsuchten, 89 die künstliche Unterbrechung zugaben. NÜRNBERGER in München fand gar eine Kriminalität von 90%, DÖDERLEIN nur 33%. Die Angaben schwanken also in weiten Grenzen.

Die Zunahme der Aborte veranschaulicht gleichfalls u. a. eine Statistik BUMMS. Nach ihm hat in Berlin binnen 40 Jahren eine Steigerung von 6% auf 15% stattgefunden, d. h. auf 100 Schwangerschaften kommen heute 15 Aborte, also auf 6 Geburten kommt 1 Abort. Ähnlich in Breslau, wo auf 7 Geburten 1 Abort kommt. Verhältnismäßig noch viel stärker ist der Anstieg der septischen Aborte. An der Breslauer Univ.-Frauenklinik stiegen sie von 9% im Jahre 1904/05 auf 36%, im Jahre 1916/17; also in 12 Jahren auf das 4fache. Und in ganz Deutschland gehen jetzt alljährlich etwa 10 000 Frauen an septischem Abort zugrunde.

Diese Zahlen reden eine erschütternde Sprache. Aber sie werden erst ergänzt durch die Tragik des Einzelfalles. Es wäre verfehlt anzunehmen, daß alle jene Frauen die Gefahren der Abtreibung nicht kennen, oder daß sie sich leichten Herzens hineinbegeben. Vielmehr ist das, was sie in ihrer Ratlosigkeit und Verzweiflung selber bei sich anstellen, seelisch und körperlich oft derart, daß es zu den grauenhaftesten Eindrücken der Praxis gehört. Und auch die scheußlichen Begleitumstände der gewerblichen Abtreiberei und ihre möglichen Folgen kennen die Frauen meist ebenso wie wir. Wenn sie das alles gleichwohl gewohnheitsmäßig und bewußt riskieren, und wenn die Abtreiberei heute in allen Volksschichten einen Umfang erreicht hat, daß es der reine Hohn auf alle Strafgesetze ist, nun so müssen doch da, scheint mir, Elementargesetze obwalten, die alle von Menschen errichteten Schranken glatt über den Haufen rennen. Ich glaube nicht zuviel zu sagen, wenn ich es hier offen ausspreche: abgesehen von einzelnen Mißerfolgen erreicht es heute im allgemeinen jede Frau und jedes Mädchen ohne besonderes diplomatisches Geschick, ihre Schwangerschaft in den ersten Monaten unterbrochen zu kriegen, wenn sie das will; und zwar teils mit, teils ohne sachverständige Hilfe und teils mit, teils ohne Sepsis.

Diese Massenerscheinungen haben in mehr als einer Hinsicht einen Wandel in unsern ärztlichen Anschauungen gezeigt. So hielten wir früher die Maßnahmen zur Verhütung der Schwangerschaft ebenso wie heute den künstlichen Abort nur in solchen Fällen für gestattet, wo die Schwangerschaft eine Gefahr auf Grund einer schon bestehenden Krankheit bedeutet hätte. Heute ist unter der Wucht der Tatsachen die Prohibition unser allerwichtigstes Mittel im Kampf gegen die Abtreibungssuche geworden. Es wird sich dagegen auch aus folgenden rein wissenschaftlichen Gründen nichts Stichhaltiges einwenden lassen: das menschliche Weib ist vom 16. bis 42. Lebensjahr etwa fähig Kinder zu bekommen; da es nun offenbar ein Ding der Unmöglichkeit ist, daß diese Fähigkeit voll ausgenutzt wird, d. h. daß sie alle 1—2 Jahre ein Kind bekommt, so ist es m. E. ihrem freien Ermessen überlassen, und man kann es weder moralisch noch gesundheitlich beanstanden, wenn sie durch Prohibition die relativ beschränkte Zahl von Geburten, die auf sie entfällt, auf solche Zeiten verlegt, die ihr zweckmäßig erscheinen. Man wird dagegen auch gesundheitlich um so weniger etwas einwenden können, als Kinder erfahrungsgemäß in Zeiten wirtschaftlichen Hochstandes der Familien besser gedeihen.

Über die Prohibition gründlich unterrichtet zu werden, ist schon für den jungen Mediziner heute ein wesentlicher Teil seiner Ausbildung. Leider wird vom Katheder aus dies Problem mitunter noch ganz nebenher behandelt, wohl gleichsam gar als ein Thema, das einen minderwertigen Beigeschmack hat. Dabei wäre es m. E. recht notwendig, daß die Wissenschaft sich ex officio viel mehr mit seiner noch immer recht unzulänglichen praktischen Lösung befaßte. Und was die moralische Minderwertigkeit der Verhütung anlangt, so wird die dem jungen Mediziner höchstwahrscheinlich wenig einleuchten angesichts der durchschnittlichen Kinderzahl in akademischen und anderen ethisch durchaus hochstehenden Kreisen.

Auch sonst scheint mir Massenerscheinungen gegenüber ein wenig mehr Wirklichkeitspolitik am Platze. Tatsache ist, daß die heutigen strafgesetzlichen Bestimmungen sich selbst ad absurdum geführt haben, manchmal in einer Form, die eines humoristischen Einschlags nicht entbehrt. Denn wenn z. B. wie in dem Fall des Apothekers HEISE in Berlin ein Abtreiber wegen 25 Graviditätsunterbrechungen angeklagt wird und dann sagt: „Was, 25?! Bei über 5000 Frauen habe ich abgetrieben, hier stehen die Namen!“ Und wenn er dann unbestraft bleibt, weil es eben an Einsperrungsmöglichkeiten für ihn und seine 5000 Mitschuldigen fehlt, nun da kann man doch nur sagen „difficile est satiram non scribere“. Das veraltete Strafgesetz entspricht dem Rechtsempfinden des Volkes nicht mehr, und der neue Gesetzentwurf kommt denn auch demnächst zur öffentlichen Beratung. Für uns Ärzte aber erhebt sich demgegenüber die Frage: wieweit entsprechen denn unsere medizinischen Normen heute noch den gesundheitlichen Interessen der Bevölkerung?

Denn die Entscheidung über die Gesetze, insbesondere über die Frage, ob und wie weit künftig etwa soziale Indikationen für Aborteinleitungen mit geltend gemacht werden dürfen, wird sicherlich nicht von uns Ärzten gefällt werden. Wir brauchen uns nicht die Köpfe der Gesetzgeber zu zerbrechen; diese werden nach volkswirtschaftlichen, politischen, juristischen und kulturellen Erwägungen sich darüber schlüssig zu machen haben. Wir werden ganz allein zu der gesundheitlichen Seite der Sache gehört werden; dazu und *nur* dazu können wir Stellung nehmen, und dazu *müssen* wir Stellung nehmen.

Darum erhebt sich die Frage: wie haben wir jene Massenerscheinungen medizinisch-wissenschaftlich zu bewerten, um stichhaltige praktische Schlüsse daraus ziehen zu können?

Mir scheint sich aus den Erfahrungen der Praxis zunächst das eine zu ergeben: *medizinische Indikationen*, welche heute die sozialen Begleitumstände eines Krankheitsfalles nicht auch offiziell in ihrer ganzen Tragweite würdigen, die geraten in Gefahr, zu weltfremden Theorien auszuarten. Sie wissen alle, wie oberflächlich und einseitig man handeln würde, wenn man bei der gesundheitlichen Zukunftsbewertung eines Basedow oder einer Tuberkulose die Lebensweise und Umgebung des Kranken ignorieren würde. Und das gilt nicht nur für nachweisbare krankhafte Organveränderungen. Eine bloße schwächliche Konstitution, ein durch gehäufte Entbindungen oder Fabrikarbeit geschwächter Körper, eine ständig erhöhte Abendtemperatur bei erblicher Belastung mit Tuberkulose, all dergleichen ist grundverschieden zu bewerten je nach häuslicher Pflege, Ernährung, Wohnungsbeschaffenheit usw. Und es hieße m. E. einen Gegensatz schaffen zwischen akademischer Norm und unserem Amt als praktische Hüter der Volksgesundheit, wenn man das gerade bei Erwägung der Abortindikation ignorieren oder ganz beiläufig abtun wollte. Ich möchte hier daran erinnern, wie verhängnisvoll eine solche einseitige akademische Einstellung auf einem anderen Gebiet, nämlich in der Kurpfuscherfrage, für uns und für die Allgemeinheit geworden ist, wenn auch durch eine Einseitigkeit anderer Art. Auch dort beständen wahrscheinlich die heutigen katastrophalen Schädigungen der Volksgesundheit durch die Kurpfuscher nicht in dem Maße, wenn wir ein wenig mehr Massenpsychologie von jeher betätigt hätten.

Und als *psychologischer Fehlschluß* hat sich auch die Annahme erwiesen, man könnte die Kopfpzahl der Bevölkerung

durch Strafgesetze regulieren. Alles Menschengesetz wird von Elementarvorgängen über den Haufen gerannt. Und die Massenflucht vor der Schwangerschaft *ist* ein elementarer Vorgang; sie ist nicht nur eine Auswirkung des individuellen Selbsterhaltungstriebes, sondern darüber hinaus eine triebmäßige Einstellung des Volkkörpers auf vorhandene Lebensmöglichkeiten. Ich muß sagen, nichts berührt mich in dem Kampfe um dies Problem so seltsam und so deprimierend wie die merkwürdige Verständnislosigkeit weiter medizinischer Kreise gegenüber den einfachsten biologischen Grundwahrheiten; und das heute, im Blütealter der Biologie. Daß die Lebewesen höchster Ordnung, die Völker, genau denselben Lebensgesetzen unterworfen sind wie z. B. eine Bakterienkolonie, daß sie sich *mutatis mutandis* ebenso wie diese auf einen erschöpften Nährboden einbalancieren durch Beschränkung und evtl. Einstellung des Nachwuchses — diese einfachen biologischen Notwendigkeiten werden teils als moralischer Tiefstand ausgedeutet, teils als Zeichen sonstiger Volksextinction. Und gestützt werden solche Schlüsse dann durch Statistik. Allen Respekt vor der Statistik wie vor jeder Wissenschaft; was aber auf diesem Gebiet aus statistischen Zahlen herausgelesen wird, das ist oft derartig unwissenschaftlich gefolgert, daß es jedem Laien als Trugschluß in die Augen springen muß. Es wird mit absoluten Zahlen operiert; die verschiedensten Zeiten und Kulturstufen werden fröhlich in Parallele gesetzt, oft ohne die leiseste Rücksicht auf biologische und Entwicklungsgesetze.

Daß Geburtnlichkeit und Sterblichkeit in einem ganz bestimmten Zahlenverhältnis stehen und miteinander steigen und fallen; daß wer das eine herunterdrückt, also die Sterblichkeit, notwendig auch das andere, die Geburtnlichkeit, herunterdrücken muß; daß jede Kulturstufe eine ganz bestimmte Bevölkerungsdichte hat usw., all dergleichen kommt sehr oft überhaupt nicht zur Geltung. Es ist schlechterdings unzulässig, die Geburtenzahl vor 50 oder 100 Jahren auf 1000 Lebende zu berechnen und mit der heutigen ebenfalls auf 1000 Lebende berechneten Geburtenzahl zu vergleichen. Die Menschen leben heute durchschnittlich etwa 10 Jahre länger als vor 100 Jahren, und auf 1000 Lebende kommen daher sehr viel mehr Geisse als früher. Man müßte bei einem solchen Vergleich dann doch schon wenigstens auf 1000 Lebende im Fortpflanzungsalter sich beziehen. Es ist ferner einseitig, die Geburtenzahl nur in Beziehung zur Bevölkerungszahl zu setzen; sie steht in einer mindestens ebenso engen Beziehung zur Bevölkerungsdichte. Auf den Quadratkilometer kamen in Deutschland im Jahre 1816 rund 46 Menschen, im Jahre 1860 rund 70 Menschen; 1910 waren es 120, heute sind es 127. Mit wachsender Bevölkerungsdichte nimmt nun aber auch die Zahl der unproduktiven Berufe zu, wobei ich unproduktiv in bezug auf die Calorienbeschaffung verstehe; also die Zahl derer, die nichts zu tun haben mit der Erzeugung von Nahrungsmitteln oder solcher Industrieprodukte, durch deren Austausch Nahrungsmittel eingeführt werden. Denn Calorien sind im wesentlichen Bodenprodukt, soweit sie nicht durch Import beschafft werden. Es wächst also die Zahl jener unproduktiven Berufe, und zwar im Verhältnis rascher als die übrige Bevölkerung; d. h. es werden relativ weniger Calorien erzeugt. Dadurch steigert sich nicht nur die Disposition zu Krankheiten, die mit Nahrungsmangel in Zusammenhang stehen, sondern es ist auch der Geburtenzuwachs im Verhältnis geringer als es der Bevölkerungszahl entsprechen würde.

Ein weiterer biologischer Fehlschluß ist die Annahme einer *Entartung* der heutigen Frauen im Sinne einer angeborenen generativen Minderwertigkeit. Selbstverständlich tritt auch die als Verkümmern gesunder Instinkte und Anlagen in unserm großen und bunt geschichteten Volke oft genug hervor, zumal in der feiner differenzierten Oberschicht der Gesellschaft, für welche übrigens der § 218 am wenigsten Bedeutung hat; denn diese Frauen können sich meist auch *den* Luxus leisten, die gewünschte Abtreibung auf sehr gefahrlose Weise zu erreichen. Im ganzen aber ist das heutige Frauengeschlecht durch Reform der Kleidung, Sport und Körperkultur für die Mutterschaft in mancher Hinsicht vielleicht besser gerüstet als früher. Und in den breiten gesunden Massen unseres Arbeiter- und Mittelstandes bedeutet die Flucht vor der Mutterschaft keinen inneren Niedergang, sondern unmittelbare Anpassung an die Notstände der Zeit, also an Hunger, Wohnungsnot und die wachsende Beteiligung der Frauen am Erwerbsleben. Fast alle jene jungen Paare, die sich heute mit

oder ohne Standesamt kümmerlich durchquälen müssen, würden mit tausend Freuden Kinder in die Welt setzen und vermessen schwer diese Krönung ihres gemeinsamen Lebens. Doch es fehlt an Nahrung für den Nachwuchs, ja der Staat entzieht sie ihm unter Umständen selbst. Denn Tatsache ist, daß er die Abtreibung verbietet, aber seine eigene ledige Beamtin entläßt, wenn sie ein Kind zur Welt bringt. Er stellt ihr selbst nur die Wahl zwischen Zuchthaus und Verhungern. Und das gilt im allgemeinen heute für die weibliche Angestellte überhaupt; wenn sie ein Kind bekommt, wird sie prompt abgebaut. Daß sie in solcher Lage lieber das Zuchthaus riskiert, ist von vornherein anzunehmen und geschieht eben auch meistens. Aber es wäre m. E. verfehlt, daraus allgemein auf ihre moralische oder generative Minderwertigkeit zu schließen; zumal die Initiative zur Abtreibung in 50% der Fälle vom Manne ausgeht, wie die Rundfrage in der Sprechstunde beweist.

Nun hat sich nach den Feststellungen von MATHIAS und PIETRUSKY über die *Zunahme des septischen Aborts* hier in Breslau nach dem Kriege die bemerkenswerte Tatsache ergeben, daß die septischen Aborte, also damit offenbar überhaupt die Abtreibungen, hauptsächlich zwei Gruppen der weiblichen Bevölkerung umfassen. Einmal die ältere Familienmutter, die nach so und so viel Geburten die Last eines weiteren Kindes körperlich und wirtschaftlich nicht mehr glaubt tragen zu können, und zweitens die meist unverheiratete Nullipara, die den gesellschaftlichen Boykott und den Verlust ihrer Arbeitsstelle fürchtet. Beide Gruppen werden offenbar ganz verschieden zu bewerten sein. Die kinderreiche Familienmutter handelt zwar bei der Abtreibung genau so triebhaft wie die Erstgravide; sie könnte aber zu ihrer Rechtfertigung schwerwiegende wissenschaftliche Argumente beibringen. Sie weiß ganz genau, wie durch einen Neuankömmling die Nahrungsportionen für sie und die anderen Kinder unmittelbar reduziert werden, während die Hausarbeit für sie wächst. Sie kennt ungefähr ebenso wie wir die gesundheitlichen *Gefahren* der Unterernährung, der immer ungenügenderen Wohnungsluft, der Verwahrlosung bei den übrigen Kindern, um die sie sich immer weniger kümmern kann. Und zumal wenn nun schon bedeutsame Folgen solcher Gefahren sich zeigen, bei den Kindern Rachitis oder Tuberkulose, bei ihr selber wachsende Prolapsbeschwerden, ausgedehnte Varicen, schwere Anämie, ein ständiges körperliches Zusammenklappen usw., kurz, wenn sie nach ihrer *und* nach unserer Überzeugung an den Grenzen ihrer Kräfte angelangt ist, nun dann handelt sie im Hinblick auf ihre gesundheitliche Zukunft durch eine Abtreibung unter Umständen instinktiv richtiger als wir es mit all unserer Wissenschaftlichkeit tun, die wir es grundsätzlich ablehnen, die physiologischen Grenzen der Leistungsfähigkeit mit in unsere Berechnungen aufzunehmen. Wie oft und wie weit das heute inoffiziell dennoch schon geschieht, ist ja eine Sache für sich. Ich will hier einmal aussprechen, was nach meiner Überzeugung jeder von Ihnen weiß; denn ich halte es nicht für richtig, in wissenschaftlichen Diskussionen aus didaktischen oder sonstigen Gründen eine Vogelstraußpolitik zu treiben: unzählige gewissenhafte und hochstehende Ärzte lassen heute bei ihrer Indikationsstellung durchaus nicht nur rein medizinische Gesichtspunkte mitsprechen, sondern berücksichtigen bewußt oder unbewußt in weitem Maße die sonstigen Verhältnisse mit; nicht aus Gefühlsduselei, sondern aus der festen Überzeugung, dadurch der Volksgesundheit besser zu dienen als durch ein starres Festhalten an fixierten Normen.

Daneben soll es dann auch noch Ärzte geben, die ohne Indikation nur auf den Wunsch der Patientin hin Schwangerschaftsunterbrechungen technisch *lege artis* vornehmen. Wenn es solche Kollegen gibt, so ist das ein schwer bedauerlicher Mißstand, gegen den die Ärzteschaft aber machtlos ist und immer sein wird, ebenso wie sie machtlos gegen operative Polypragmasie auch auf anderen Gebieten ist; ich erinnere nur an die vielen nicht indizierten Retroflexiooperationen und vieles andere. Keine noch so strenge Indikationsabgrenzung kann offenbar vor Mißbrauch schützen.

Die offizielle und grundsätzliche Mitberücksichtigung sozialer Begleitumstände in Krankheitsfällen aber halte ich für

eine Forderung, der wir uns aus rein gesundheitlichen Gründen je länger, je schwerer werden entziehen können. Namhafte Wissenschaftler wie HALLAUER, BAUR u. a. treten für sie ein; sie verkennen ihre Gefahren nicht, sind aber der Ansicht, daß wir ohne sie mehr Schaden als Nutzen stiften. Und der gleichen Ansicht sind breite Massen der Praktiker. Wenn sie das nicht noch lauter und zahlreicher vertreten, als es schon geschieht, so weiß ich positiv, daß der Grund in sehr vielen Fällen nur der ist: gerade der vielbeschäftigte Gynäkologe, der nicht nur praxis aurea, sondern auch Kassenpraxis hat, der übersieht den ganzen Jammer auf diesem Gebiet ja am besten; aber er fürchtet nicht ohne Grund, daß er sofort in den Ruf eines Abtreibers oder doch einer laxen Indikationsstellung kommt, wenn er für eine Reformbedürftigkeit des Gesetzes eintritt. Da ich meinerseits operativ-gynäkologische Praxis kaum treibe, so glaube ich einigermaßen gesichert zu sein gegen den Verdacht eigennütziger Beweggründe, wenn ich mich hier zur Sache äußere.

Die Stellen, von denen unsere wissenschaftlichen Normen auszugehen pflegen, verhalten sich in ihrer Mehrzahl sehr zurückhaltend und größtenteils völlig ablehnend zu deren zeitgemäßer Umgestaltung. M. E. erklärt sich das zum Teil vielleicht auch dadurch: jene Fälle, bei denen es so schwer oder unmöglich ist, eine scharfe Grenze zu ziehen zwischen rein medizinischer und sozialer Indikation, die begegnen naturgemäß dem praktischen Arzt unendlich viel häufiger als unseren ersten wissenschaftlichen Autoritäten. Denn aus naheliegenden Gründen werden Kapazitäten vorwiegend in solchen Fällen konsultiert und zugezogen, bei denen relativ selten solche schweren wirtschaftlichen Notstände vorliegen, wie sie das Austragen einer Schwangerschaft zu einer unmittelbar lebensbedrohenden Komplikation gestalten können. Der verstorbene BUMM sagte, daß er im ganzen Jahre 1—2 Fälle in der Sprechstunde sähe, bei denen die Indikation zum Abort gegeben wäre. Nun, der Kassenarzt wird dazu nur seufzen können: „Ihr wandelt droben im Licht, selige Götter.“

Die Schwierigkeiten, bei jener Erweiterung unserer Indikationen Kautelen gegen Mißbrauch zu schaffen, wären groß, aber durchaus nicht unüberwindlich; ich komme darauf noch zurück. Auf der anderen Seite stünde ein unmittelbarer Gewinn für die Volksgesundheit, wie er m. E. gar nicht hoch genug geschätzt werden könnte. Unzählige Menschenleben im Fortpflanzungsalter würden dadurch dem *Kurpfuscher entzogen* und über die Zeit schwerster wirtschaftlicher und körperlicher Bedrängnis hinweggebracht werden, um später dem Staat wieder gesunde Kinder schenken zu können. Es würde sich ja doch sehr oft wie bei der Prohibition nur um einen Aufschub handeln. Die heutige Abtreiberei bewirkt nicht nur zahlreiche vermeidbare Todesfälle, sondern auch unzählige sterile Ehen. Es würde ferner jener Zustand chronischer Nervosität behoben werden, der jetzt unendlich oft wie ein Mehltau auf jeder Lebensfreude in der Ehe lastet, derart, daß nachgerade die ganze Familie mit fieberhafter Unruhe auf den Eintritt der Menses bei der Familienmutter wartet, und daß diese bei jeder Verzögerung um 2—3 Tage sofort zur Hebamme stürzt und sich im Uterus herumbohren läßt, wie das tatsächlich auch nicht vereinzelt geschieht.

Ich glaube noch im Bereich unserer ärztlichen Belange zu bleiben, wenn ich kurz die Ansicht derer streife, welche jede Erweiterung unserer Indikationen nach der sozialen Seite hin ablehnen, weil eine Graviditätsunterbrechung als Tötung eines Menschenlebens gegen die allgemeine menschliche Moral verstoße und erst recht gegen die Integrität unseres Helferamts. Dieser Einwand kann m. E. einer Kritik nicht standhalten. Moralbegriffe sind nichts Absolutes, sondern der wandelbare Ausdruck innerer Lebensnotwendigkeiten. Volksinstinkt und Wissenschaft deckt sich schon darin, daß ein werdender Mensch von einigen Wochen den Keimzellen noch unendlich viel näher steht als bei der Geburt. Auch die Keimzellen sind Lebensträger und gehen gleichwohl meist entgegen ihrer Bestimmung unentwickelt zugrunde, ohne daß es uns im Interesse der Moral oder der Volksvermehrung Kummer macht. Und auch der wissenschaftlich denkende Gynäkologe geht mit unendlich stärkerem Widerstreben an die Zerstückelung eines ausgetragenen lebenden Kindes als an die Ausräumung eines Ovariums von 6 Wochen. Trotz alledem aber bleibt selbstverständlich auch die eine Tötung von Menschenleben. Eine solche galt schon

bisher bei uns für gesetzlich und moralisch erlaubt im Kriege, in der Justiz und in der Notwehr. Und daß es sich bei der heutigen triebhaften Massenabtreibung um einen Akt instinktiver Notwehr des Volkskörpers handelt, erhellt nicht nur aus den Gesetzen der Biologie, sondern wird noch bestätigt durch die vollkommene moralische Umwertung dieses früheren Verbrechens im Urteil des Volkes.

So dringend ich die offizielle Mitberücksichtigung sozialer Indikationen bei der erschöpften und kränkelnden Multipara befürworten möchte, so *zurückhaltend* wird man sich damit m. E. bei jener anderen Gruppe von Abtreibenden verhalten müssen, nämlich bei den meist unverheirateten Erstgraviden. Nicht als ob ich den schweren Notstand auch dieser Frauen nicht voll zu würdigen wüßte; auch er kann katastrophal werden. Eine Lehrerin z. B. verliert glatt ihre Stellung und ist gesellschaftlich gebrandmarkt. Gleichwohl werden diese Zwangslagen aber doch anders zu bewerten sein als die der kinderreichen Familienmutter. Vor allem treten die gesundheitlichen Gefahren nicht so unmittelbar in den Vordergrund. Dadurch aber fällt für uns Ärzte der Grund zum Eingreifen weg. Nur würde ich auch hier als Reform eine nicht gar zu engherzige Fassung etwaiger medizinischer Indikationen befürworten, derart, daß bei zweifelhafter medizinischer Indikation die sozialen Begleitumstände gleichsam das Zünglein an der Wage bilden müßten, das den Ausschlag gibt. Gerade den unehelichen Müttern diese Rücksicht zu versagen, wäre m. E. auch deshalb nicht am Platze, weil ja der durchschnittliche Wert des unehelichen Nachwuchses hinter dem ehelichen weit zurückbleibt. In Berlin z. B., wo jedes 5. Kind unehelich ist, ist die Sterblichkeit der unehelichen Kinder 3mal so groß als die der ehelichen; und die übrigbleibenden liefern zum Verbrechen wie zur Prostitution einen Anteil, der weit hinausgeht über ihren Anteil an der Bevölkerung. BONHÖFFER fand unter den Breslauer Prostituierten 16% uneheliche. Von den Vagabunden sind nach WILLMANN 14% unehelich. Dabei sind in ganz Preußen nur 8,1% aller Geburten unehelich; und diese Zahl wird durch die hohe Sterblichkeit so stark vermindert, daß unter den strafmündigen Erwachsenen nur noch kaum 2% unehelich sind.

Man wird bei einer Abwägung des kindlichen Lebens gegen das mütterliche m. E. auch mitberücksichtigen dürfen, daß die Gefahren einer Entbindung für die Mutter etwa doppelt so groß sind als die des Aborts. Ich hatte dieser Tage u. a. Einblick in eine neueste, sehr umfassende und demnächst im Druck erscheinende Statistik einer sehr großen Berliner Frauenpoliklinik, deren Material vorwiegend aus septischen und kriminellen Aborten besteht, und in der die Curettagen von Studenten, also von Lernenden, gemacht werden; da beträgt gleichwohl die Sterblichkeit dieser Aborte nur 0,8%, während die Geburten derselben Poliklinik 1,2—1,6% Sterblichkeit aufweisen. Es wird also mit einer gewissen Berechtigung erwogen werden können, ob man diese soviel stärkere Gefährdung der Mutter durch die Geburt nicht auch in Rechnung stellen dürfen bei der Abwägung der mütterlichen Lebensaussichten gegen die des unehelichen Nachwuchses da, wo die medizinische Indikation zweifelhaft ist.

Das mütterliche Leben gilt schon sonst in der Geburtshilfe als das sozial wertvollere; wieviel mehr hier, da in elender sozialer Lage die Mädchen erfahrungsgemäß durch die erste Entbindung sehr oft bürgerlich enturzelt und der Prostitution zugetrieben werden.

Abgesehen von jenen medizinischen Grenzfällen aber werden wir Ärzte hier nicht in der Lage sein zu helfen. Diesem Elend der Unehelichen vielmehr wird man nur auf sozialem Wege beikommen können. Freilich dürfen wir uns dabei das eine nicht verhehlen: eine *mittelbare* Lebens- und Gesundheitsgefahr bleibt jede soziale Bedrängnis; und zumal da die Entscheidung über eine Zulassung sozialer Indikationen durchaus nicht von uns, sondern von ganz anderen Faktoren gefällt werden wird, müssen wir auch zu einer anderen Möglichkeit Stellung nehmen. Es ist bei der Zusammensetzung unseres jetzigen Parlaments zwar sehr unwahrscheinlich, liegt aber bei der Tendenz der Entwicklung durchaus im Bereich der Möglichkeit, daß in einer nicht allzu fernen Zukunft vielleicht sogar eine mehr oder minder beschränkte Freigabe der Graviditätsunterbrechung Gesetz werden könnte. Auch dazu könnten wir nur nach rein gesundheitlichen Gesichtspunkten

Stellung nehmen. Parteipolitik, Sozialpolitik, kirchliche und juristische Erwägungen müßten völlig ausschalten. Ich verkenne ihre Wichtigkeit durchaus nicht; aber sie gehören vor andere Fora. Hier würden sie uns nur ablenken vom Kern des medizinischen Problems, für das wir allein zuständig sind. Für uns lautet die Frage klipp und klar: würde ein solches Gesetz gesundheitlich mehr Schaden oder mehr Nutzen stiften als das heutige?

Nun unterliegt es keinem Zweifel, daß bei der jetzigen Rechtslage unermesslicher Schaden angerichtet wird. Seine Größe läßt sich schwer abschätzen; die Statistik versagt völlig. Denn solange die Abtreibung unter Strafgesetz steht, läßt sich weder die wirkliche Zahl der Abtreibungen auch nur annähernd feststellen, noch das Ausmaß ihrer gesundheitlichen Spätfolgen. Andererseits haben wir auch keine Erfahrungen über die Folgen einer völligen oder annähernden Freigabe, und solange kann darüber jeder alles behaupten und niemand etwas beweisen.

Tatsächliche Erfahrungen hat man in Rußland gemacht. Man wird aus ihnen freilich nur mit großem Vorbehalt Rückschlüsse auf unsere so andersartigen deutschen Verhältnisse ziehen dürfen. THEILHABER berichtet darüber in der Münch. med. Wochenschr. 1924, Nr. 51: Der künstliche Abort war anfangs in den ersten 3 Monaten den Ärzten freigegeben. Die dabei gemachten Erfahrungen veranlaßten indes, daß die Freigabe zurückgezogen wurde. Jetzt ist die Unterbrechung aus sozialen und wirtschaftlichen Gründen gestattet, darf jedoch nur in Krankenhaus oder Privatklinik gemacht werden, und zwar unentgeltlich. Zuchthaus resp. Zwangsarbeit steht auf Abtreibung durch Laien, durch Ärzte, die ohne aseptischen Apparat arbeiten, auf gewerbsmäßiger Abtreibung und auf Abtreibung ohne Einwilligung der Mutter. Über die Indikation entscheiden Kommissionen, die nur aus Frauen bestehen; eine solche Kommission existiert jedoch nur in wenigen Städten. Der Andrang in den Krankenhäusern war sehr groß und zwang zu einer Beschränkung dahin, daß täglich nur 2 Aborte in jedem Krankenhause eingeleitet werden durften. Man kam auf etwa 100 000 Aborte im Jahre. Da in Rußland jährlich 3—4 Millionen Schwangerschaften eintreten, so war ein nennenswerter Einfluß auf die Bevölkerungsziffer nicht nachweisbar. Der Andrang läßt übrigens neuerdings nach, da die gesetzlichen Beschränkungen streng sind, und da die Erwerbsverhältnisse sich in Rußland gebessert haben.

Es ist anzunehmen, daß bei uns eine gesetzliche Freigabe an die Ärzteschaft zunächst sogar ein erhebliches Anschwellen der Sepsis bewirken würde, was auch die Erfahrungen in Rußland bestätigen. Die schweren und schwersten Verletzungen bei septischen Aborten gehen sehr oft nicht von Kurpfuschern, sondern von mangelhaft vorgebildeten Ärzten aus; die meisten gewerblichen Abtreiber sind heute sogar technisch ganz gut eingestellt. Bei einer Freigabe würde hier ebenso wie in der sonstigen Chirurgie erst eine allmähliche Regelung dadurch stattfinden, daß der einzelne Arzt je nach Maßgabe seiner Erfolge oder Mißerfolge aufgesucht würde. Gesundheitlich weit vorzuziehen wäre offenbar eine Regelung, die von vornherein Schwangerschaftsunterbrechungen nur bei gründlicher Spezialvorbildung gestattete; evtl. nur im Krankenhaus. Es würde in mancher Hinsicht das Problem sehr vereinfachen, wenn auch bei uns die ganze Geldfrage für uns Ärzte dabei ausschalten könnte; die rein gesundheitlichen Gesichtspunkte

würden dann offenbar unbefangener gewürdigt werden können. Doch wären ja auch jene Ausführungsbestimmungen schon nicht mehr Sache unserer Entscheidung. Sie hängen eng mit wirtschaftlichen Fragen zusammen, über welche die gesetzgebenden Faktoren sich unter Zuziehung der zuständigen Instanzen, beispielsweise auch der Krankenkassenverbände, schlüssig zu machen hätten.

Und auf Ausführungsvorschläge habe ich absichtlich heute auch verzichtet in der Frage jener bloßen Mitberücksichtigung sozialer Indikationen in Krankheitsfällen. Ich bin mir der Schwierigkeiten voll bewußt, welche die Indikationsabgrenzung und die Schaffung von Kautelen gegen Mißbrauch mit sich brächten. Vielleicht würden auch bei diesen Entscheidungen andere als nur ärztliche Faktoren mitzuwirken haben; denn unleugbar bestünde sonst die Gefahr einer gewissen Verwässerung unserer medizinischen Indikationen. Es wäre Sache von Kommissionen, darüber zu beraten, sobald man sich erst über die Voraussetzungen geeinigt hätte. Mein heutiger Vortrag hatte nicht den Zweck, bestimmte Reformvorschläge schon zu machen, als vielmehr Reformen überhaupt anzuregen. Er sollte, kurz gesagt, eine Klärung anbahnen über die eine Frage: Entspricht die jetzige Abgrenzung unserer ärztlichen Handlungsfreiheit den gesundheitlichen Interessen der Bevölkerung oder nicht?

Damit komme ich zum Schluß. Ich hoffe, Sie werden es nicht verurteilen, wenn ich als Frau es heute nicht *völlig* vermeiden konnte und auch nicht vermeiden wollte, neben den Tatsachen der Wissenschaft noch gewisse allgemein menschliche Gesichtspunkte zu ihrem Recht kommen zu lassen, selbst vor diesem Forum, das sonst nur *rein* wissenschaftlichen Problemen geweiht ist. Niemand kann größere Ehrfurcht vor den Forschungen der Wissenschaft haben als ich. Wenn ihre letzten Schlüsse aber etwa dahin lauten, daß man einer Frau mit Osteomalacie die Ovarien entfernen solle, damit sie bloß ihre Schwangerschaft austragen könne — und das wurde neulich hier ganz ernsthaft vorgetragen —, dann muß ich mich nicht nur als Arzt gegen solche Utopien wenden, mit denen wir in der Praxis nichts anfangen können, sondern ich muß auch als Frau rein instinktiv den Wert und die letzte Berechtigung *solcher* wissenschaftlichen Schlüsse anzweifeln. Wer mir das als Unwissenschaftlichkeit vorwerfen wollte, dem möchte ich mit größerem Recht erwidern, daß jene letzten Folgerungen mir an Unmenschlichkeit zu grenzen scheinen. Wir aber haben nicht Krankheiten zu behandeln, sondern Menschen.

Und wenn ich auch heute ebenso als Frau wie als Arzt zu Ihnen gesprochen habe, so wünsche ich doch nicht dahin mißverstanden zu werden, als ob ich hier irgendeinen Gegensatz zwischen männlicher und weiblicher Berufsauffassung konstruieren oder gar irgendeine Polemik auf dieser Grundlage entfalten möchte; das wäre ungefähr das letzte, was ich wünschen würde. Gerade weil ich glaube, daß jene Nöte unser aller Gemeingut sind, habe ich sie vor diesem Forum zur Sprache gebracht. Und gerade weil ich glaube, daß sich letzten Endes Wissenschaftlichkeit und Menschlichkeit deckt, daß instinkt-mäßiges Erkennen und die Logik der Wissenschaft gleichwertige Wege zur Wahrheit sind, darum hoffe ich, daß auch die Herren Männer meine heutigen Worte gelten lassen. Ich sprach ja nur im Dienste jener Wahrheit, der wir alle dienen.

MØLLGAARDS CHEMOTHERAPIE DER TUBERKULOSE.

Von

Dr. H. ULRICI, SOMMERFELD.

Mitten zwischen dem uns schon allzu gewohnten Reklamegeschrei gewisser Tuberkulosewunderärzte, das uns nur mehr als Karikatur anmutet, bringt die Tagespresse leider auch Sensationsnachrichten, die sie der stillen Stube des Gelehrten entreißt. Zur Zeit kursieren die wildesten Gerüchte über die dänische Goldbehandlung der Tuberkulose. Es verlohnt sich, MØLLGAARDS Experiment und den ersten klinischen Berichten, die jetzt vorliegen (MØLLGAARD usw., Chemotherapy of Tuberculosis, Experimental Foundation and preliminary clinical results; Kopenhagen, Nordisk Forlag) näher nachzugehen.

MØLLGAARD geht von ROBERT KOCHS Feststellung aus, daß Schwermetallsalze, am stärksten Goldverbindungen, im Kulturversuch das Wachstum der Tuberkelbacillen hemmen. Während man sich in Deutschland durch die klinische Beobachtung heftiger Reaktionen und Nierenreizungen von den größeren Dosen der Goldverbindungen abbringen ließ und zu einer Reizbehandlung mit Gold gelangte — FELDT spricht von einer katalytischen, die Autolyse des kranken Gewebes befördernden Wirkung seines Krysolgens —, läßt sich MØLLGAARD nicht beirren: EHRLICHS grandioses Ziel der Therapia sterilisans magna bleibt ihm alleinige