

C2645
des städtischen
Krankenhauses
Bielefeld

Zentralblatt für Gynäkologie

begründet von HEINRICH FRITSCH

herausgegeben von

WALTER STOECKEL in Kiel.

40. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIOUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 5.

Sonnabend, den 5. Februar

1916.

Inhalt.

Originalien: G. Winter, Unsere Aufgaben in der Bevölkerungspolitik. (S. 97.)

Neue Bücher: 1) Das A-B-C der Mutter. (S. 105.)

Berichte: 2) Geburtshilflich-gynäkologische Gesellschaft in Wien. 14. XII. 15: Lutzko, Grawitz-tumor; Korpuskarzinom; Gallertkarzinom des Dickdarms; Tubargravidität mit Flexurkarzinom. — Werthelm, Suspension der Portio vaginalis beim Genitalprolaps. (S. 105—110.)

Blut und Blutveränderungen: 3) Hirschfeld, Funktionen der Milz. — 4) Photakis, Unreife Leukocyten im Blut. — 5) Frank, Aleukia haemorrhagica. (S. 110—112.)

Unsere Aufgaben in der Bevölkerungspolitik.

Von

Prof. G. Winter,

Direktor der Königl. Universitäts-Frauenklinik in Königsberg i. Pr.

Seit Jahren befinden wir uns in zunehmender Sorge um Bestand und Vermehrung unserer Bevölkerung. Die Zahlen unserer Statistiken reden eine ernste Sprache; es geht mit der Zahl der Geburten von Jahr zu Jahr bergab. Ich will keine neuen Zahlen bringen, sondern nur durch den Vergleich unserer jetzigen Geburtenzahl mit derjenigen aus der Zeit unserer höchsten Fruchtbarkeit vor ca. 50 Jahren die traurigen Tatsachen vor Augen führen, daß

1860: 37,9 Geburten auf 1000 Einwohner und

1913: 28,1 Geburten auf 1000 Einwohner

gezählt wurden; innerhalb des letzten Jahrzehnts fand eine Abnahme von 35,0 auf 28,1 Geburten auf 1000 Einwohner statt¹.

Jetzt werden ungefähr 200 000 Kinder pro anno weniger geboren², als zur Zeit unserer höchsten Fruchtbarkeit, d. h. als geboren werden könnten; das macht in 10 Jahren 2 Millionen. Trotz der abnehmenden Sterblichkeit hatten wir im Jahre 1913 nur noch einen Überschuß von 833 000 Geburten, welche für die Zunahme unserer Bevölkerung in Betracht kommen.

Jeder weitsichtige Sozialpolitiker sieht die Bedeutung dieser Tatsache ein, namentlich wenn er seinen Blick auf das langsam sich entvölkernde Frankreich und das immer mehr an Bevölkerung wachsende Rußland richtet; denn mit militärischen und politischen Rücksichten ist die Bevölkerungsfrage aufs innigste verbunden. Dieser Sorge in erster Linie entspringt auch das großzügige Unternehmen der Staatsregierung, welche Gutachten von Medizinalbehörden, Ärzte-

¹ Gesundheitswesen des preußischen Staates im Jahre 1913.

² Teilhaber, Zeitschrift für Sexualwissenschaft Bd. II. S. 196.

kammern, wissenschaftlichen Autoren erbat und sie in Verbindung mit den zahlreichen über den Geburtenrückgang erschienenen Sonderarbeiten bearbeiten und in eine Denkschrift zusammenfassen ließ; dieselbe liegt nun den preußischen Ressorts vor und bildet die Grundlage für Beratungen über Maßnahmen zur Bekämpfung der fortschreitenden Geburtenverminderung. Wir wollen die Resultate der Beratungen abwarten und uns der Hoffnung hingeben, daß wirksame Mittel gegen den Geburtenrückgang gefunden werden möchten.

Noch viel mehr zu beklagen ist die Tatsache, daß das gesund geborene Kind während seiner Säuglingszeit Lebensgefahr ausgesetzt ist. Unzweckmäßige Ernährung, schlechte Unterkunft, mangelhafte Pflege sind die Ursachen der furchtbaren Säuglingssterblichkeit; dieselbe beträgt jetzt ca. 15%; das ist ein Verlust von ca. 300 000 Säuglingen im Jahre. Diese Zahl drückt um so mehr auf unser ärztliches und soziales Gewissen, als bis auf geringe Ausnahmen alle Kinder gesund geboren und bei Vermeidung aller schädlichen Einflüsse hätten am Leben erhalten werden können. Dank der vielseitigen und energischen Bestrebungen ist die Säuglingssterblichkeit im letzten Jahrzehnt um 5% gesunken, so daß ca. 100 000 Säuglingsleben gewonnen worden sind. Es steht zu hoffen, daß noch weit mehr erreicht werden kann und wird. Die große Säuglingssterblichkeit ist kein geringerer Krebschaden an Bestand und Zunahme unserer Bevölkerung, als der Geburtenrückgang.

Zu diesen Sorgen tritt nun der Krieg. Was uns derselbe an Menschenleben kostet und wie er die Zunahme unserer Bevölkerung beeinträchtigen wird, läßt sich auch nicht annähernd berechnen. Wir stehen noch mitten im Krieg; wir können unsere momentanen Verluste noch nicht bewerten und wissen nicht, welche uns noch bevorstehen. Ich glaube nicht zu übertreiben, wenn ich mit einem dauernden Verlust von einer Million Männern rechne. Dieselben sind wegen der verschiedenen Altersstufen, welche in unserem Volksheer vertreten sind, im Hinblick auf ihr Zeugungsgeschäft verschieden zu bewerten. Nehmen wir an, daß vielleicht $\frac{1}{3}$ als Unverheiratete noch nicht in das Zeugungsgeschäft eingetreten war, ein weiteres Drittel dasselbe noch nicht vollendet hatte und ein letztes Drittel dasselbe schon abgeschlossen hatte, so kann man bei einer mittleren ehelichen Fruchtbarkeit von drei Kindern vielleicht mit einem Ausfall von einer Million Geburten rechnen. Natürlich ist das eine Schätzung ohne jede tatsächliche Unterlage; sie soll nur beweisen, daß der Verlust an Männern, welchen Deutschland jetzt erleidet, auch nach dieser Richtung bewertet werden muß.

Der Nachwuchs unserer Bevölkerung ist für das nächste Jahrzehnt mehr als je gefährdet und alle medizinischen sowie sozialen Hilfskräfte müssen mobil gemacht werden, um dieselbe in einer ihren Aufgaben entsprechenden Zahl und Kraft zu erhalten. Jedes Mitglied unserer Bevölkerung wird künftig seine Stellung mittelbar oder unmittelbar im Staatsbetrieb haben müssen; für ein Drogenleben außerhalb desselben wird voraussichtlich später kein Platz mehr sein. Vom Standpunkt des Staatsbetriebes muß heute und in Zukunft mehr als früher jedes Menschenleben bewertet werden und die Erhaltung des Nachwuchses ist deshalb eine der wichtigsten und ernstesten Aufgaben des Staates; dieselbe muß von den verschiedensten Seiten angefaßt und zur Lösung gebracht werden. Sozialpolitiker und Hygieniker müssen neben den Ärzten sich bemühen, den Nachwuchs lebend und gesund zu erhalten. Wir Geburtshelfer haben andere Aufgaben; sie liegen in der Beförderung der Konzeption, in der Erhaltung der Leibesfrucht während der Schwangerschaft, in dem Schutz des kindlichen Lebens während der Geburt und schließlich in der Einleitung zweckmäßiger

Ernährung im Wochenbett. Mit diesen Aufgaben verbindet sich der Schutz der Mutter in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett; denn jede Mutter, welche vor Beendigung ihres Gebärgeschäftes ausscheidet, bringt einen neuen Verlust von zwei bis drei Menschenleben.

Kaum ein Berufsstand hat demnach eine wichtigere Rolle beim Aufbau unserer Bevölkerung zu spielen, als der Geburtshelfer; deshalb wollen wir uns über Art und Größe unserer Aufgaben klar werden und erwägen, wie wir dieselbe der Lösung zuführen können.

1) Die Konzeption wird gefährdet durch die eheliche Sterilität; der Verlust an kindlichem Leben durch dieselbe ist ein ungeheurer. Wenn wir in Deutschland die Zahl der Ehen auf ca. 11 Millionen³ schätzen und die sterilen Ehen mit ca. 10% annehmen, so kann man bei mittlerer ehelicher Fruchtbarkeit von drei Kindern den Verlust auf ca. 3 Millionen kindlicher Leben durch die eheliche Sterilität berechnen. Dazu kommt die nicht zu berechnende Einbuße an Kindern infolge nicht ausgeschöpfter ehelicher Fruchtbarkeit bei Ein- und Zweikindsterilität.

Über die Ursachen der ehelichen Sterilität sind wir in den letzten Jahren zu ziemlich eindeutiger Klarheit gekommen; sie liegt, wie übereinstimmende Untersuchungen ergeben haben, für ca. ein Drittel der Fälle in der Azoospermie der Männer, welche fast ausschließlich der Gonorrhöe ihren Ursprung verdankt; von den auf die Frau entfallenden zwei Dritteln steriler Ehen ist wiederum ungefähr ein Drittel auf die gonorrhöischen Salpingitiden, Perimetritiden und Katarrhe zurückzuführen, so daß man getrost ca. zwei Drittel der ehelichen Sterilität mit der Gonorrhöe des Mannes in Verbindung bringen kann. Hier ist ein greifbarer Gesichtspunkt gewonnen, welcher schon vor dem Kriege unsere volle Beachtung gefunden hat. Die Bedeutung der männlichen Gonorrhöe wird sich jetzt aber erheblich steigern, weil dieselbe in unserem Feldheere eine große Ausdehnung gewonnen hat und nach dem Kriege die Fruchtbarkeit bestehender und zukünftiger Ehen noch mehr gefährden wird. Eine erfolgreiche Behandlung der männlichen Gonorrhöe muß auch im Hinblick auf die eheliche Sterilität unbedingt erstrebt werden; die Ausführung dieses Problems interessiert den Geburtshelfer nur indirekt; sie ist Aufgabe des Syphilidologen.

Die Bedeutung der Syphilis ist eine andere; sie gefährdet nicht die Konzeption, sondern den Nachwuchs. Die hereditäre Syphilis zerstört eine große Zahl kindlicher Leben; der Gynäkologe kann für die Erhaltung derselben erfolgreich eintreten durch die antisiphilitische Behandlung der Mutter während der Schwangerschaft durch Salvarsan und Quecksilber. Weit wichtiger ist die Aufgabe der Syphilidologen, welche durch Behandlung syphilitischer Männer vor der Ehe oder beider Ehegatten viel zur Beseitigung dieser Gefährdung unseres Bevölkerungsnachwuchses beitragen kann.

Gegenüber der Gonorrhöe treten alle anderen Ursachen der ehelichen Sterilität in ihrer Bedeutung zurück. Diese nichtgonorrhöische Ätiologie ist eine äußerst vielgestaltige und keineswegs leicht zu beurteilende; die Erforschung derselben ist eine der schwierigsten Aufgaben für den Gynäkologen und führt, abgesehen von den klar zutage tretenden Ursachen, wie z. B. Infantilismus, Stenosen u. a. oftmals zu keinem Ergebnis; dementsprechend ist wohl bei jedem Gynäkologen die Zahl erfolgreicher Sterilitätsbehandlungen eine recht geringe.

³ Bei der letzten Volkszählung am 1. Dezember 1910 wurden 11 608 028 männliche und 11 621 685 weibliche verheiratete Personen gezählt.

Unsere Wissenschaft bedarf im Hinblick auf die Ursachen nichtgonorrhöischer Sterilität eines weiteren Ausbaues, und die Behandlung, welche leider oft der wissenschaftlichen Unterlage noch entbehrt, muß möglichst, zuweilen durch Probieren, bis zum Erfolg durchgeführt werden. Die erfolgreiche Behandlung der idiopathischen weiblichen Sterilität sichert einen Nachwuchs von Tausenden von Kindern.

So ernst die erwähnten Ursachen der ehelichen Sterilität auch zu nehmen sind, so treten sie doch vollständig in den Hintergrund gegenüber der absichtlich herbeigeführten Kinderlosigkeit. Hier liegt der Krebschaden, welcher an Bestand und Zunahme unserer Bevölkerung frißt. Jeder Arzt, ja fast jeder eheliche Laie ist aus eigener Erfahrung Zeuge, daß die eheliche Fruchtbarkeit nicht ausgeschöpft, sondern künstlich beschränkt wird. Die Zeiten für die unbeschränkte eheliche Produktivität sind vorüber, und jedes Ehepaar hält es heute für sein Recht, ja oft für seine Pflicht, seinen Nachwuchs zu regulieren, wie es seinen Lebensanschauungen und häuslichen Verhältnissen angemessen erscheint. Das Riesenmaterial, welches in der oben erwähnten ministeriellen Denkschrift bearbeitet worden ist, wird in unzweideutiger Klarheit ergeben, daß der Geburtenrückgang fast ausschließlich seine Ursachen in der gewollten ehelichen Sterilität findet und wird uns hoffentlich auch über die Gründe derselben Aufschluß geben. Erforschung und Bekämpfung der Gründe ist nicht Sache des Gynäkologen und deshalb will ich mich hier, wo es nur auf die Umgrenzung unserer Aufgabe ankommt, mit dem Hinweis auf diese wichtigste Ursache für die Gefährdung der Konzeption begnügen.

2) Der Schutz der Leibesfrucht während der Schwangerschaft ist nun eine Aufgabe, welche den Gynäkologen sehr ernstlich angeht; wir wollen uns zunächst über die Größe derselben klar zu werden suchen. Wenn wir annehmen, daß auf 5—6 Geburten ein Abort fällt — es wird ganz gewiß nicht zu niedrig geschätzt sein —, so würden wir bei einer Geburtenzahl von 2 Millionen im Deutschen Reich mit ca. 3—400 000 Aborten pro anno, d. h. mit einem Ausfall von ebenso viel Geburten zu rechnen haben. Was für eine ungeheure Aufgabe liegt für den Gynäkologen darin, diese doch größtenteils gesund angelegten Leibesfrüchte vor Gefahr zu bewahren und sie der Geburt am Ende der Schwangerschaft gesund entgegenzuführen. Wenn wir die Lösung derselben auch nur ins Auge fassen wollen, müssen wir uns zunächst über die Ursache der Aborte bzw. Frühgeburten klar zu werden suchen.

a. Die Ätiologie des spontanen Aborts, wie sie unsere Wissenschaft aufgedeckt hat, liegt in Traumen, Entwicklungsstörungen des Eies, lokalen und allgemeinen Erkrankungen der Mutter u. a. Es kann natürlich hier nicht meine Aufgabe sein, die Diagnose und Behandlung dieser Störungen der Schwangerschaft zu erörtern. Ich muß aber für jeden Abort, namentlich den wiederholten, die Erforschung der Ätiologie verlangen, um, soweit es sich nicht um Zufälle handelt, einer Wiederholung der Aborte durch Behandlung vorzubeugen. Nicht allein unsere Frauenwelt, sondern auch ihre Berater, Hebammen und Ärzte, nehmen den Abort viel zu sehr als eine unvermeidliche Tatsache hin und geben sich mit der erfolgreichen Behandlung desselben zufrieden. Nur die seltenen Fälle, wo Frauen ihren gesamten Nachwuchs in Aborten zugrunde gehen zu sehen fürchten, werden den Ärzten zwecks Erforschung und Beseitigen der Ursachen vorgetragen. Hier kann erfolgreich Wandel geschaffen werden durch Belehrung im ärztlichen und Hebammenunterricht und durch Aufklärung der Frauen über die Vermeidung erster und wiederholter Aborte. Im Prinzip ist die Aufgabe klar

umgrenzt und im allgemeinen lösbar; praktisch sind die Hemmungen namentlich von seiten der Frauenwelt ungeheuer. Es unterliegt aber keinem Zweifel, daß ungezählte Tausende von Früchten erhalten werden können.

b. Eine große Zahl von Leibesfrüchten fällt den künstlichen Aborten zum Opfer (wobei zunächst die sog. kriminellen unberücksichtigt bleiben sollen); eine Zahl hierfür anzugeben, ist unmöglich; es steht aber fest, daß sie in dauerndem Steigen begriffen ist. Die Schuld liegt gewiß nicht an den akademischen Lehrern, sondern an ihren Schülern, den praktischen Ärzten und Spezialisten. Wir klinischen Lehrer stehen wohl alle auf dem Standpunkt, die Einleitung des künstlichen Abortes auf Fälle zu beschränken, wo Leben oder dauernde Gesundheit der Frau in Gefahr sind und werden uns nicht leicht in der Praxis von diesem Standpunkt abdrängen lassen. Wir übermitteln diesen Standpunkt auch unsern Schülern im Unterricht; das Leben ändert aber bei diesen die Anschauungen über die Indikationen leider sehr. Die Fehler der Ärzte liegen darin, daß sie meistens keine strikte Indikation für den künstlichen Abort aufstellen; sie machen sich die Schwere des Krankheitsbildes nicht mehr klar; sie handeln auf Grund von Beschwerden, anstatt auf der Unterlage einer wirklichen Krankheit; sie kommen den Wünschen der Frauen zu sehr entgegen; sie lassen sich leicht täuschen durch absichtliche oder unabsichtliche Übertreibungen der Frau; sie erweitern die Indikation nach eigenem Ermessen; sie berücksichtigen soziale Gründe, wo nur medizinische den Ausschlag geben sollen. Mag bald dieser, bald jener Grund vorliegen — ich schließe hier alle subjektiven Gründe aus —, es ist unbestreitbar, daß der bei weitem größte Teil der von Ärzten und sicher wohl auch von einem Teil der Fachärzte eingeleiteten künstlichen Aborte nicht streng indiziert ist und hätte umgangen werden können. Darüber sind wir Vertreter gynäkologischer Wissenschaft uns alle klar und dieser Überzeugung entspringen auch die Versuche, diesem Übel zu steuern. Viele Fachgesellschaften haben die Überhandnahme des künstlichen Aborts zum Gegenstand ernstlicher Beratungen gemacht und eine Reihe mehr oder weniger brauchbarer Vorschläge zur Abhilfe gemacht; ich nenne die staatliche Kontrolle in eigenen, staatlichen Anstalten oder die Zuziehung der Kreisärzte, die Sicherung der Indikation durch Konsultation mit einem zweiten Arzt oder Facharzt.

c. Weit gefährlicher ist nun der kriminelle Abort, weil er viel häufiger ist und nicht selten auch das mütterliche Leben gefährdet. Versuchen wir auch hier schätzungsweise den Verlust an Leibesfrüchten zu umgrenzen. Wenn man, wie es natürlich geschehen muß, den Begriff des kriminellen Aborts im weitesten Sinne faßt und die Anwendung aller für den Abort tauglichen Mittel seitens der Frauen z. B. heiße Bäder, heiße Injektionen einbegreift, so darf man wohl den höchsten Prozentsatz, welchen Olshausen für diese Ätiologie des Aborts mit 80% berechnet, als ungefähr zutreffend erachten. Danach würden $\frac{4}{5}$ aller Aborte, also ca. 250 000 als kriminelle aufgefaßt werden müssen, und die Beseitigung des kriminellen Aborts würde uns einen Gewinn von einer Viertelmillion Menschenleben pro Jahr sichern. Wenn wir nun weiter bedenken, daß sicher Tausende von jungen Frauen an den Folgen des künstlichen Aborts zugrunde gehen oder durch Krankheit für das weitere Gebärgeschäft ausscheiden, so vermehrt sich der Verlust an Nachwuchs noch beträchtlich. Hier liegt die Wurzel alles Übels, und hier muß der Hebel angesetzt werden, wenn wir der Leibesfrucht den ihr gebührenden Schutz in der Schwangerschaft verschaffen wollen. Wir befinden uns ja nun schon seit fast einem Jahrzehnt in lebhaftestem Kampf gegen den kriminellen Abort, ohne daß von einem merklichen Erfolg gesprochen werden kann; im Gegenteil scheint es,

als ob während des Krieges mehr als je abgetrieben würde, ohne daß wir bis jetzt die Beweggründe hierfür aufdecken können.

Es ist nicht meine Absicht, die für die Einschränkung des künstlichen Aborts und für die Bekämpfung des kriminellen Aborts schon gemachten Vorschriften zu kritisieren oder neue zu machen; das soll späteren Beratungen vorbehalten bleiben. Ich wollte heute nur auf die Größe des Menschenverlustes durch allzu häufigen künstlichen und durch den kriminellen Abort hinweisen und die energische Bekämpfung des letzteren im Interesse der Vermehrung unserer Bevölkerung aufs neue fordern.

3) Die Erhaltung des kindlichen Lebens in der Geburt muß als eine ernste Aufgabe unseres geburtshilflichen Hilfspersonals, Hebammen und Ärzte, bezeichnet werden. Wir wollen auch hier zunächst den Menschenverlust durch die Geburt zu schätzen suchen. Im Jahre 1900 wurden von ca. 2 Millionen Kindern 64 000 tot geboren; der Prozentsatz von 5,4⁰/₁₀₀ mazerierter Kinder (Schultze) vermindert die Zahl nicht wesentlich. Wenn man noch die an dem Geburtstrauma innerhalb einiger Tage gestorbenen Kinder hinzurechnet, so stellt sich nach Poppel der Kinderverlust durch die Geburt auf 4,1%, nach Seitz auf 3,5. Wenn wir letztere Zahl auf die 2 Millionen Geburten in Deutschland anwenden, so berechnet sich der jährliche Verlust durch die Geburt auf ca. 70 000.

Was können wir bei Ausübung idealster Geburtshilfe von diesen 70 000 Geburtsopfern retten?

Vorerst müssen wir uns klar werden, wodurch die Kinder zugrunde gehen. Die Hauptgefahren für das Kind sind folgende:

Die protrahierte Austreibungsperiode infolge zu starker Wehen, Retraktion des Hohl Muskels, Nabelschnurumschlingung, Hirndruck u. a. Die überwiegende Zahl der Kinder kann gerettet werden durch rechtzeitige Anlegung der Zange. Wenn es trotzdem nicht geschieht und ca. 1—2% Kinder in der Austreibungsperiode zugrunde gehen, so liegt es daran, daß die allein rettende Zange zu spät kommt. Manches Kind fällt diesen Störungen zum Opfer, weil der Arzt nicht rechtzeitig eingreifen konnte; aber eine größere Zahl Kinder stirbt, weil der Arzt mit dem Anlegen der Zange zu lange säumt. Es fehlen uns strikte Indikationen. Wenn ein Fachvertreter einmal auf einem Kongreß äußerte, daß er eine fötale Indikation für die Beckenausgangszange nicht anerkenne und ein anderer die Geburt beendet, wenn nur einmal die Herztöne in der Wehenpause unter 100 sinken oder sich über 160 erheben, so klappt dazwischen die breite Lücke der Wahrheit. Kein Lehrbuch macht klare Angaben, wann der Augenblick für die Zange im Interesse des Kindes gekommen ist und dieser Unklarheit fallen ungezählte Kinder zum Opfer. Wir müssen unsere fötale Indikation für die Beckenausgangszange scharf umgrenzen und können dadurch manches kindliche Leben erhalten.

Das enge Becken kostet enorm viel Kinderleben. Der starke Druck und die übermäßige Wehenkraft beim Passieren des verengten Beckeneingangs, die Perforation des lebenden Kindes, Zange und Wendung, künstliche Frühgeburt opfern Tausende von Kindern, welche durch andere Behandlungsmethoden hätten erhalten werden können. Die Therapie des engen Beckens bedarf einer Umgestaltung, welche auf das Leben des Kindes gebührende Rücksicht nimmt: die Symphysiotomie und der Kaiserschnitt, deren Prognose in der klinischen Behandlung auf 1—2% Mortalität gesunken ist, müssen an Stelle der Perforation des lebenden Kindes, der künstlichen Frühgeburt, der hohen Zange, der prophylaktischen Wendung treten. Diese Behandlung verlangt eine Überführung aller

Becken wenigstens unter 9cm Conj. vera in die Klinik; hier muß der Operateur die volle Verantwortung für das kindliche Leben übernehmen.

Bei der Placenta praevia muß dem Leben des ausgetragenen und lebensfähigen Kindes mehr Beachtung geschenkt werden. Die kombinierte Wendung mit etwa 80% Mortalität ist nicht mehr am Platze; Spontanverlauf unter Zuhilfenahme von Pituglandol oder Metreuryse müssen bei ausgetragem Kinde an Stelle derselben treten.

Bei Eklampsie muß mehr auf das Leben des Kindes Rücksicht genommen werden. Engelmann hat z. B. durch seine sog. Therapie der mittleren Linie die Prognose für das Kind um ca. 25% gebessert.

Bei Beckenendlagen gehen ungezählte (nach der Hamburger Statistik 22%) Kinder zugrunde, weil die Hebamme den Arzt zu spät ruft und selbst nicht zu extrahieren versteht; die Technik des Arztes selbst ist keineswegs immer genügend. Hier muß Hebammen- und Studentenunterricht noch bessere Früchte tragen. In Deutschland werden jährlich ca. 60 000 Kinder in Beckenendlage geboren, von denen schätzungsweise 15% zugrunde gehen, d. h. ca. 9000.

Bei Querlagen gehen zu viel Kinder zugrunde, weil der Moment für die Wendung nicht richtig gewählt wurde und die Technik des Operateurs ungenügend war. In Deutschland werden ca. 14 000 Kinder in Querlage geboren, von denen ca. 4000 infolge zu spät eintretender oder ungenügender Behandlung zugrunde gehen.

Ich habe nur diejenigen Geburtskomplikationen hervorheben wollen, welche dem Kinde am häufigsten das Leben kosten und am leichtesten eine Besserung der kindlichen Prognose zulassen. Es kam mir nur darauf an, vor Augen zu führen, daß unsere Geburtshilfe im Hinblick auf die Erhaltung des kindlichen Lebens noch keineswegs befriedigen kann, und daß bei Reformierung unserer Indikationen und Verbesserung unserer Technik viele Tausende von kindlichen Leben erhalten bleiben können. Der Geburtshelfer stand früher oftmals vor der Frage: Mutter oder Kind; natürlich entschied er sich für die Erhaltung der Mutter und opferte das Kind. Diese Fragestellung darf in der heutigen Geburtshilfe nicht mehr aufgeworfen werden; heute darf es nur heißen: Mutter und Kind, und es gibt bei der hoch entwickelten geburtshilflichen Technik heute stets einen Weg, welcher neben der Erhaltung der Mutter auch dem Kinde sein Recht auf das Leben gewährleistet. Diesen Weg müssen wir finden und beschreiten; das ist heute nötiger als je.

4) Der Schutz des Neugeborenen im Säuglingsalter beruht vor allem auf zweckmäßiger Ernährung; dieselbe wird nur von der Mutterbrust gewährleistet. Die Sterblichkeit der künstlich ernährten Kinder ist fünfmal größer, als diejenige der natürlich ernährten. Die natürliche Ernährung wird gleichermaßen von Geburtshelfern und Pädiatern verlangt und für möglich erklärt. Eine anatomische Stillunfähigkeit gibt es kaum und methodische Bestrebungen in einzelnen Kliniken haben die natürliche Ernährung bis auf ganz vereinzelte Ausnahmen erreicht; die Kontraindikationen gegen das natürliche Ernähren sind immer mehr eingeschränkt worden und selbst die Tuberkulose der Mutter ist zum mindesten keine absolute Kontraindikation. Seitdem die Untersuchungen über die chemische Zusammensetzung und über den biologischen Charakter des Kolostrum gelehrt haben, daß dasselbe dem mütterlichen Serumeiweiß sehr nahesteht und durch seine allmähliche Umwandlung in fertige Milch den natürlichen Übergang von der Blutmilch während der Schwangerschaft in die Milch-ernährung des Wochenbetts darstellt, müssen wir die Forderung der natürlichen

Ernährung zum mindesten bis zu vollendeter Umwandlung in Milch, d. h. ca. 3 Wochen, noch bestimmter erheben. Die Schwierigkeiten, welche der allgemeinen Durchführung der natürlichen Ernährung bei der Mutter entgegenstehen, sind keine somatischen, sondern psychische und soziale. Berufsarbeit, Bequemlichkeit, falsche kosmetische Gründe, übertriebene Furcht für die eigene Gesundheit halten die junge Mutter von der Erfüllung der Pflicht ab. Die Mutter, welche ihrem Kinde aus eigennützigem Gründen die Mutterbrust versagt, ladet eine schwere Verantwortung auf sich und fügt dem Kinde einen oftmals nicht wieder gutzumachenden Schaden zu.

Ärzte und Hebammen müssen in der Anschauung erzogen werden, daß Selbststillen zum Wochenbett gehört, wie Wehen zur Geburt; sie müssen bei ihrer Klientel diese Forderung durchsetzen gegen alle Einwände der Frau und durch geeignete Maßnahmen die Stillfähigkeit wenigstens für 3—4 Wochen erhalten; dieser Teil des Unterrichts ist entschieden zu vertiefen. Stillprämien, Erleichterungen im Beruf, öffentliche Beratungsstellen, Merkblätter werden Stillneigungen und Stillmöglichkeit befördern; das sind aber Maßnahmen, welche nicht mehr den Geburtshelfer angehen. Die Aufgaben der Geburtshelfer liegen in der Vorbereitung der Brust während der Schwangerschaft und in der Durchführung der natürlichen Ernährung im Frühwochenbett.

Das sind im allgemeinen die Aufgaben des Gynäkologen bei dem weiteren Aufbau der Bevölkerung; sie können an Ausdehnung und Wichtigkeit kaum übertroffen werden. Hunderttausende von Menschenleben können für Deutschland jährlich gewonnen werden, wenn wir uns über unsere Ziele klar sind und die Wege zu denselben gangbar machen.

Ich habe diese Ziele nur andeuten und auf die Möglichkeit der Erreichung hinweisen wollen. Das Weitere ist Sache der Allgemeinheit. Nur Erfahrung und Wille größerer Kreise unserer Fachgenossen ermöglicht die Erreichung unserer Ziele und sichert unserem Vaterlande den Gewinn. Der Boden, aus dem dieser Erfolg erwachsen kann, ist unsere »Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie«; sie vereinigt alle Erfahrung und besitzt die Initiative; sie kann Gehör bei der Reichsregierung verlangen und wird es erhalten. Beratungen im Schoße unserer Gesellschaft müssen die Richtlinien für die Erreichung unserer Ziele feststellen; dazu bieten unsere Kongresse die Gelegenheit. Der nächste Kongreß wird im ersten Friedensjahr tagen, also hoffentlich 1917; bis dahin ist für Vorbereitung Zeit genug. Ich gebe es dem derzeitigen Vorstände der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie anheim, ob wir diese patriotisch und wissenschaftlich gleich wichtige Aufgabe übernehmen wollen. Kommissionsberatungen vorher, Debatten auf dem Kongreß und Unternehmungen nach demselben scheinen mir der richtige Weg.

Wir wollen die Angelegenheit unseres Bevölkerungsaufbaues nicht zu eng fassen; es handelt sich nicht nur darum, unserem Vaterlande selbst durch Vermehrung des Nachwuchses seine Existenz zu sichern. Sollte der Weltkrieg das Ende nehmen, wie wir es wünschen und zu hoffen berechtigt sind, so wird er zu einem unerhörten Triumph des Deutschtums führen und dem deutschen Arbeiter werden in dem uns freundlich gesinnten Ausland enorme Kulturaufgaben erwachsen. Deutscher Geist und deutsche Kultur werden voraussichtlich einen weiten Weg durch die Welt gehen; aber dazu gehören Kulturträger; also deutsche Menschen, Menschen, Menschen.
