

vorderer und hinterer Scheitelbeineinstellung, bei Gesichts- und Stirnlage anlegen, die Mutter schädigen und später auch das Kind durch die Schädigung des Zangen-druckes sterben sehen. Nicht die Zahl der gemachten geburtshilflichen Operationen charakterisiert den guten Geburtshelfer, sondern die Zahl der für Mutter und Kind gut verlaufenen geburtshilflichen Fälle, die durch Erfahrung und sorgfältige Beobachtungen mit gutem Grund der operativen Geschäftigkeit für den natürlichen Verlauf gewissermaßen abgerungenen Fälle. Eine solche Handlungsweise ist in der poliklinischen geburtshilflichen Tätigkeit leider oft nicht möglich, da die Fälle zu spät und häufig in jeder Weise vernachlässigt in die Hände des erfahrenen Arztes gelangen. Aber in der klinischen Tätigkeit müssen Arzt und Hebamme die größten Kleinigkeiten beachten lernen, denn kleine Ursachen haben große Wirkungen zur Folge auch hier. Soll aber die Ausbildung der geburtshilflichen Hilfskräfte, d. h. die Ausbildung der Hebammen, eine gründlichere wie bisher werden, dann muß der Hebammenunterricht sozusagen einer Zunft von guten Hebammenlehrern überwiesen werden, aber diese guten Hebammenlehrer müssen auch erst geschaffen werden, allmählich, nicht auf Kommando. Sie müssen Talent, Lust und Zeit zu ihrer Aufgabe haben; ohne rechtes Interesse für das Fach und ohne gute Vorbildung kein erfolgreiches Arbeiten von seiten der Lehrer, von seiten der Schüler. Der klinische Assistent an großen öffentlichen Gebäranstalten, der nicht ausschließlich zur Ausbildung von Hebammen bestimmt ist, wird erklärlicherweise für seine wissenschaftliche und praktische Ausbildung mehr Zeit und Interesse haben, wie für den Unterricht der Hebammen. Wie die Medizinalbeamten die Physikalexamenkenntnisse für ihr besonderes Arbeitsgebiet mitbringen, so müssen wir auch dafür Sorge tragen, daß diese Art Hebammenlehrer eine größere Erfahrung für den Hebammenunterricht mitbringen, und daß ihr Interesse durch die Aussicht zu avancieren wach gehalten wird. Der Hebammenlehrer muß seine Tätigkeit als Hauptamt betrachten können und nicht als Nebenamt. Er soll nicht nur Hebammenschüler ausbilden, er soll auch zukünftige Hebammenlehrer heranbilden. Nach meiner Meinung fehlen Gebäranstalten, die nur der Ausbildung von Hebammenlehrern und Hebammenschülerinnen gewidmet sein müßten. Sollen unsere geburtshilflichen Erfolge bessere werden im Kampfe gegen die Infektion, das enge Becken, die Blutungen und dergleichen mehr, so müssen zunächst unsere geburtshilflichen Rekognoszierungsgruppen, die Hebammen, besser geschult werden, um den Arzt beizeiten die Gefahr zu melden und ihm durch unvorsichtiges Vorgehen die Situation nicht noch erschweren. Eingreifen, wenn es nötig ist, aber so lange wie möglich gewaffnet beobachten, ausgerüstet mit guten theoretischen und praktischen Kenntnissen, das ist auch die Devise hier, das wird auch die drohenden Gefahren für die Gebärenden am besten beseitigen.

III.

Nochmals zum Kampf gegen die kriminelle Fruchtabtreibung.

Von

Max Hirsch in Berlin.

Es ist gewiß erfreulich, daß die Diskussion über die kriminelle Fruchtabtreibung endlich einmal unter den Gynäkologen einen breiteren Boden gewinnt, anstatt wie bisher sich in kasuistischen Mitteilungen und statistischen Betrachtungen zu erschöpfen.

Um dieser Völkerkrankheit — die völlig mit Unrecht eine moderne genannt wird, wie ein Blick in die Sittengeschichte der Völker und Zeiten sofort erkennen läßt — im Urteil der Gegenwart gerecht zu werden, ist es unerläßliche Vorbedingung, die letzte Wurzel ihrer Ursachen aufzudecken. Diese ist, das kann nicht oft genug betont werden, bei uns in Deutschland der wirtschaftliche Notstand, der Pauperismus großer Bevölkerungskreise, deren Vermögens- und Einkommensetat nur die Ernährung einer beschränkten Zahl von Kindern zuläßt. Alle die anderen nebenhergehenden Ursachen, wie Furcht vor Schande, Verlust der bürgerlichen Stellung, Leichtsinn und Vergnügungslust, spielen eine so untergeordnete Rolle, daß sie wohl für den Einzelfall, nicht aber zur Erklärung der Fruchtabtreibung als sozialer Erscheinung in Betracht kommen.

Muß schon der Arzt, durch den humanitären Charakter seines Berufes bestimmt, dem Eifer des Moralisten weltfremd gegenüber stehen, so wird die Erkenntnis von der letzten Endes wirtschaftlichen Ursache der Fruchtabtreibungen sein Urteil und seine Vorschläge zur Abänderung bestimmen. Man lasse die Moral endgültig aus dem Spiele. Sonst läuft der Arzt Gefahr, das Schicksal des Strafrichters zu teilen und sich in hellen Gegensatz zu der Auffassung des Volkes und seiner großen Mehrheit zu setzen. Einem gefaßten Dieb, einem Erpresser, einem Totschläger bringt das Urteil des Volkes Verachtung entgegen. Eine Frau aber, die an sich das keimende Leben vernichtet hat, darf, vom Schicksal ereilt, des Mitleids sicher sein. Diese Gegensätzlichkeit zwischen der Auffassung des Volkes und dem Strafgesetz und die starken Triebkräfte zur Tat sind die Ursachen dafür, daß trotz schwerer Strafandrohung und trotz der Gefahr für Leben und Gesundheit die Fruchtabtreibung in hoher Blüte steht.

Ich freue mich, zu konstatieren, daß die Autoren, welche bisher zur Diskussion gesprochen haben, mit mir darin einig sind, daß gesetzliche Verbote fruchtlose und — ich füge hinzu — für die Frauengesundheit schädliche Mittel sind. Aber von der systematischen Aufklärung über die Gefahren verspricht sich mit Brun auch Thomä (Nr. 22 u. 23 d. Blattes) für die Bekämpfung der Fruchtabtreibung Erfolg. Nun, ich muß wiederholen, was ich schon in Nr. 30 gesagt habe, daß diese Aufklärung des Publikums nur als ein Hinweis und ein Unterricht im Verfahren zu betrachten ist. Und daß allenfalls — was gewiß nicht zu bedauern ist — eine größere Vorsicht im Modus procedendi, nicht aber eine Verminderung der Zahl der Fruchtabtreibungen durch sie erreicht wird. Wenn Thomä, um mich zu widerlegen, meint, die Gefahr, daß durch die Aufklärung die Kenntnis von der Fruchtabtreibung in Kreise getragen werde, die noch nichts davon wüßten, bestehe nicht, da es solche Kreise nicht gäbe, so widerspricht er sich selbst, indem er als die Eingeweihten die Stadtbewohner und die Fabrikbevölkerung bezeichnet. Ich meine eben, die systematische Aufklärung würde diese Beschränkung bald nicht mehr nötig machen, da sie auch die Bewohner des Landes erreicht.

Aber einen Salto mortale der Logik macht Thomä und neuerdings auch Schmid (Nr. 44 d. Blattes), wenn er auf die Erfahrungen beim Uteruskarzinom hinsichtlich des Erfolges der Aufklärung exemplifiziert. Fruchtabtreibung und Uteruskarzinom sind denn doch zwei grundverschiedene, inkommensurable Dinge. Dort eine zielbewußte, vom Willen diktierte Handlung — hier eine mit Schicksalsmacht hereinbrechende Krankheit. Das Karzinom zu verhüten bzw. durch rechtzeitige Erkenntnis beseitigen zu lassen, liegt wohl in jedermanns Interesse. Da dürfte keine Willenshemmung zu überwinden sein. Hinter der Fruchtabtreibung aber steht ein drängender Wille, ein brennender Wunsch, der sich durch-

zusetzten strebt. Die Schilderung der Gefahr ist nicht geeignet, ihn aufzuhalten, denn der Wunsch ist der gewaltigere Trieb und mißachtet die Warnung. Im kleinen ist das häufige Sprechstundenerfahrung. Was sollte mehr Aussicht auf Erfolg haben als die eindringliche Warnung seitens des beratenden Arztes in der Sprechstunde im persönlichen Gegenüber? Und doch! Mit absoluter Sicherheit kann man darauf rechnen, in mehr oder weniger langer Zeit von der gewarnten Gravida vor die Diagnose Abortus imperfectus gestellt zu werden. Wahrer Heroismus wird von manchen Frauen an den Tag gelegt, die immer wieder zur Tat schreiten, trotz Schmerzen und Gefahren für Gesundheit und Leben, bis das Ziel erreicht ist.

Und seien wir doch offen! Nur nicht, wenn auch in löblicher Absicht, die Wahrheit entstellen! Der Prozentsatz der Unglücksfälle ist doch verschwindend gering! Er läßt sich nicht berechnen, weil die Zahl der Fruchtabtreibungen sich statistisch nicht fassen läßt. Aber es heißt denn doch eine ganz falsche Vorstellung erwecken, wenn man, wie Thomä und Schmid es tun, aus den wenigen Fällen mit unglücklichem Verlauf, die in die Hände des Arztes kommen, eine Mortalität der Fruchtabtreibung von 27,3 und 37,5 % herauszurechnen unternimmt. Mag man dem Publikum die Gefahren so schwarz malen, wie man wolle, wir Ärzte aber dürfen uns nicht selber täuschen. Thomä und Schmid vergessen die vielen Tausende von Fruchtabtreibungen, die nicht in der Ärzte Hände kommen, und die ungezählten febrilen und afebrilen kriminellen Aborte der täglichen Praxis. Und wenn auch die beiden Autoren ihre Berechnungen nur für die Fruchtabtreibungen bei fehlender Schwangerschaft angestellt haben, so gilt doch dafür die gleiche Kritik. Denn die Voraussetzungen sind dieselben.

Neben der Aufbesserung der wirtschaftlichen Lage ist nur ein Mittel imstande, der Ausbreitung der Fruchtabtreibung Einhalt zu tun, das ist die Konzeptionsverhütung. Aber Thomä hat mich mißverstanden, wenn er glaubt, daß ich die energischere Propagierung der Prohibitivmittel im Publikum gefordert habe. Mein Hinweis galt nur der ärztlichen Pflicht, von ihnen Gebrauch zu machen zur Schwangerschaftsverhütung aus therapeutischen Gründen. Allerdings unter weitgehender Berücksichtigung sozialer, fortpflanzungs- und rassenhygienischer Faktoren. Wie wenig die zum vornehmsten Prinzip ärztlichen Handelns in der Gegenwart erhobene prophylaktische Hygiene auf dem Gebiete der Geburtshilfe beobachtet wird, das lehrt z. B. ein Blick in die Statistik der Kaiserschnitte. Die ein- und mehrmals an derselben Frau wiederholten Kaiserschnitte beweisen — von wenigen Ausnahmen abgesehen — diesen Mangel an prophylaktischem Gewissen. Späteren Generationen werden sie ein Denkmal von der Zeiten Schande sein. In der Diskussion über den cervicalen und korporalen Kaiserschnitt sollte der Möglichkeit der Prophylaxe künftiger Graviditäten durch Sterilisierung eine weit größere Bedeutung beigemessen werden als es bisher geschehen ist.

Wer eine unerwünschte Schwangerschaft verhütet, braucht sie nicht zu beseitigen. In den oberen Schichten des Volkes ist der Präventivverkehr, in den unteren, wo Unkenntnis und Indolenz herrschen, die Fruchtabtreibung das Mittel zur Beschränkung des Nachwuchses. Die Wahl, welches von beiden Mitteln zu bevorzugen ist, dürfte dem Hygieniker nicht schwer sein. Die Fruchtabtreibungen — als eine Art Geburtenprävention — sind eine natürliche Erscheinung der kulturellen und ökonomischen Entwicklung. Sie ihrer Gefahren zu entkleiden, ist die Aufgabe der sozialen Hygiene. Verbote und Strafandrohungen erreichen das Gegenteil. Sie treiben die gefährdeten Frauen dem Kurpfuscher in die Arme, dem Verderben entgegen. Milde, gesetzliche Behandlung, Straflosigkeit für die

Frau — nicht für den gewerbsmäßigen Abtreiber — strenge Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses¹ führen die armen Opfer der ärztlichen Behandlung und Lebensrettung zu.

Auch der Geburtenrückgang läßt sich durch Strafgesetze nicht aufhalten. Was in dieser Richtung an Vorschlägen zu machen ist, überschreitet den Rahmen dieser Erwiderung.

Berichte aus gynäkologischen Gesellschaften.

1) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 8. März 1912.

Vorsitzender: Herr Bröse; Schriftführer: Herr P. Strassmann.

1) Herr M. Fränkel (als Gast): Röntgentechnik bei der gynäkologischen Behandlung.

An die Technik bei gynäkologischen Bestrahlungen werden folgende Anforderungen gestellt:

In kürzester Zeit, unter sicherer Konstanz der Röhren, bei absoluter Hautschonung gegen Verbrennung die größtmögliche Dosis in die Tiefen zu schicken — denen man allein gerecht werden kann durch die von mir empfohlene Feldernahbestrahlung, die mittels des besonderen, von mir angegebenen Kompressorium-Bleischutzes exakt auszuführen ist.

Die Nahbestrahlung gilt auch für Röhren mit größerem Radius, bei denen die Änderung der Zeit nach der physikalischen Formel $T_2 = T_1 \cdot \frac{(A_2)}{(A_1)}^2$ berechnet

wird. Hierbei ist A₂ der neue, kleinere Abstand von Fokus-Haut (A₁ der alte der Lage der S.N. Tablette entsprechende, große, ursprüngliche Abstand).

Aus der Berechnung der Formel ergibt sich deutlich die große Ersparnis an Zeit.

2) Herr Runge tritt für die Verwendung der Röntgenstrahlen auf gynäkologischem Gebiete ein. Den gegen sie erhobenen Vorwurf, daß dadurch sarkomatös degenerierte Myome der notwendigen Operation entzogen würden, hält er für unwesentlich, wenn die Fälle gut ausgesucht und genau weiter beobachtet werden. Eventuellen Rezidiven läßt sich durch eine erneute Bestrahlung sicher entgegenreten. Hauptvorzug der Röntgenbestrahlung von Myomen ist ihre absolute Lebenssicherheit. Sehr schwer lassen sich noch Indikationen und Kontraindikationen des Verfahrens aufstellen. Die soziale Stellung der Frau muß hierbei auch berücksichtigt werden. Junge Frauen mit großen Myomen eignen sich wenig für die Bestrahlung. Kontraindiziert ist diese bei schweren Kompressionserscheinungen, vereiterten, verjauchten Myomen, bei Malignitätsverdacht, bei submukösen Myomen, Adenomyomen, sowie bei schwereren, entzündlichen, parallel gehenden Prozessen an den Adnexen.

Die Resultate sind im allgemeinen gute. Auf 10—20% Versager muß man aber noch bei klimakterischen Blutungen und speziell Myomen rechnen. Günstige Beeinflussung der Blutungen trat unter 67 Myomfällen in 82% ein; Schrumpfung und Kleinerwerden der Tumoren konnte in ca. 23% beobachtet werden.

¹ Max Hirsch, Fruchtabtreibungsversuche bei extra-uterinem Sitz der Schwangerschaft. Berliner klin. Wochenschrift 1912. Nr. 40.