

KLEINE TEXTE  
ZU THEOLOGIE UND SEELSORGE

HERAUSGEGEBEN VON  
DOMKAPITULAR DR. KARL RUDOLF

*Medizinische Erwägungen  
zu dem Fragenkreis der künstlichen  
Schwangerschafts-Unterbrechung*

VON

MED.-RAT PRIMARIUS  
DR. MAX APFELTHALLER

SEELSORGER-VERLAG IM  
VERLAG HERDER, WIEN

## *Die „Kleinen Texte“ wollen*

dem heute so sehr bedrängten Seelsorger helfen, sich in wichtigen Fragen seines priesterlichen Lebens und Wirkens rasch und gut zu orientieren. Zum Studium großer Werke fehlt uns heute allen Zeit und Muße. In den Zeitschriften können viele Probleme doch wieder nur kurz aufgegriffen werden. Auch kommen hier nicht immer die streng fachkundigen Autoren zu Worte. So bringen die „Kleinen Texte“ Einzelabhandlungen zu aktuellen Themen in einem Umfang, daß eine ruhige Stunde, die uns gelegentlich noch geschenkt sein mag, zur Bewältigung genügt, das Gebotene aber, weil es fachmännische Arbeit ist, in aller Kürze doch gültiges und förderndes Wissen bietet. Die meisten Nummern werden sich auch eignen zur Durchsprache und Weitergabe an Laien, vor allem an solche, die hauptberuflich oder freiwillig in der Seelsorgehilfe stehen. Sie bedeuten also auch einen guten Behelf für die Schulung dieser Laienhelfer. Wünsche zur Weiterführung der Reihe nehmen wir gerne entgegen.

*Herausgeber und Verlag*

MED.-RAT PRIMARIUS  
DR. MAX APFELTHALLER

*Medizinische Erwägungen  
zu dem Fragenkreis der künstlichen  
Schwangerschafts-Unterbrechung*

WIEN 1948  
SEELSORGER-VERLAG  
IM VERLAG HERDER

KLEINE TEXTE  
ZU THEOLOGIE UND SEELSORGE  
herausgegeben von  
Domkapitular Dr. Karl Rudolf

Nr. 4

Mit Druckerlaubnis des Erzbischöflichen Ordinariates Wien  
vom 29. XI. 1947. Z. 9044

Alle Rechte vorbehalten  
Satz und Druck: Richard Bernhardt, Wien VI

Ein Rückblick in die Geschichte lehrt, daß seit dem Altertum in Zeiten wirtschaftlicher Erschütterungen, gesellschaftlicher Umschichtungen oder gelockerter Moralbegriffe, immer wieder die Frage der künstlich herbeigeführten Fehlgeburt, des *Abortus artificialis*, in den Vordergrund des Interesses gerückt wird und nach einer Lösung drängt. Schon Philosophen, Theologen, Juristen, Nationalökonomien, Sozialpolitiker, die Vertreter der verschiedensten Parteirichtungen, sowie Frauenvereinigungen usw. haben in öffentlichen Diskussionen zu dieser Frage Stellung genommen und ihr Für und Wider geltend gemacht. Trotzdem entsprechen aber die vorgebrachten Ansichten immer nur der Stellungnahme einer begrenzten Gruppe und diese Subjektivität engt die Überzeugungskraft der Beweisführung ein. Nur rein sachliche, objektive Argumente, die für alle Gruppen ohne Unterschied bindend sind, könnten die konträren Meinungen überbrücken helfen. Deshalb erscheint es zweckmäßig, einmal den Fragenkomplex der willkürlich herbeigeführten Fehlgeburt von rein medizinisch-biologischen Erkenntnissen heraus zu beleuchten, denn stärker als alles menschliche Denken und Wollen sind die ehernen Gesetze der Natur. Kein Mensch, welcher Partei-, Wirtschafts- oder Berufsgruppe er auch angehören mag, kann über die Besonderheiten im anatomischen Bau des weiblichen Körpers, die rhythmischen, wellenförmigen Funktionsschwankungen seiner Organe oder das geheimnisvolle, zyklische Wechselspiel seiner Hormondrüsen hinweg. Jeder Verstoß gegen diese Gegebenheiten rächt sich nur am Verächter dieser Tatsachen

selbst. Es sollen daher bei dieser Betrachtung mit Absicht nur medizinische Erkenntnisse nach dem derzeitigen Stand zur Schlußfolgerung herangezogen werden.

Zum besseren Verständnis und zur richtigen Beurteilung aller einschlägigen Fragen müssen vorerst noch einige biologische, anatomische, physiologische und hormonale Besonderheiten des weiblichen Körpers ins Gedächtnis zurückgerufen werden.

Biologisch gesehen ist tiefster Sinn aller Lebensvorgänge die *Arterhaltung*. Dieselbe ist aber bei der zeitlichen Begrenztheit alles Lebendigen nur durch die *Artvermehrung* möglich. Daher sind alle lebenden Organismen gerade diesen so wichtigen Aufgaben der Fortpflanzung auf das vollkommenste angepaßt. Beim Menschen mit der zweigeschlechtlichen Vermehrung sind den beiden Geschlechtern, Mann und Frau, grundverschiedene und ungleich schwere Aufgaben zugewiesen. So gesehen ist der große Unterschied der beiden Geschlechter, nicht nur im anatomischen Körperbau, sondern auch in den Organ- und Drüsenfunktionen, sowie im Denken und Fühlen, ja im ganzen Wesen verständlich. Erst die Summe all dieser Faktoren macht die jeweilige Eigengeschlechtlichkeit des Einzelindividuums aus.

Daß bei der Fortpflanzung gerade dem Weibe die wesentlich schwierigere Rolle zugewiesen ist, kann nicht geleugnet werden. Schon nach erlangter Geschlechtsreife (zwischen 12. und 13. Lebensjahr) wird beim Weibe allmonatlich zumindest ein Ei ausgereift und jedesmal alles für die Möglichkeit einer Ei-Einnistung im Fruchthalter vorbereitet. Bei diesem Eiwachstum wird nämlich vom umhüllenden *Ei-Bläschen*, auch *Ei-Follikel* genannt, ein besonders wichtiger Wirkstoff, das sogenannte *Follikel-Hormon*, gebildet, das die Gebärmutter-schleimhaut zum Wachsen bringt. Überall dort, wo das

Follikel-Hormon in der Natur in Erscheinung tritt, begünstigt es im Tier- und Pflanzenreich das Wachstum, weshalb wir es als wachstumsförderndes Hormon bezeichnen können. Hat dann der Ei-Follikel eine bestimmte Größe erreicht, so platzt er, wobei sich das reife Ei vom Eierstock loslöst und nun seine Wanderung durch die Eileiter in den Fruchthaler antritt. Mit dem Bersten des Ei-Follikels geht aber gleichzeitig die Follikel-Hormon-Produktion zurück. Damit hört ein weiteres Wachstum der Gebärmutter Schleimhaut auf. Die jetzt leere Eihöhle fällt in sich zusammen und es bildet sich daselbst der sogenannte Gelbkörper aus, der wiederum einen wichtigen Wirkstoff, das Gelbkörper-Hormon, bildet. Durch das Gelbkörper-Hormon nun wird die vorher aufgebaute Gebärmutter Schleimhaut so weit aufgelockert und umgewandelt, daß sich ein befruchtetes Ei ansiedeln und eingraben kann. Gleichzeitig wird aber auch durch das Gelbkörper-Hormon die Gebärmuttermuskulatur gegen Wehenanreize unempfindlich gemacht, also gleichsam gegen den Wirkungserfolg von Wehenmitteln blockiert. Bleibt jedoch eine Befruchtung aus, bildet sich der Gelbkörper wiederum zurück; damit hört auch die Gelbkörperhormonwirkung auf und es werden die Schleimhautvorbereitungen zur allfälligen Eiansiedlung wieder abgerissen, weil sie vergeblich waren. Dieser Schleimhautabriß zeigt sich nach außen hin als eintretende Regelblutung an. Dieser ständige wellenförmig verlaufende Wechsel von Aufbau, Umbau und Abriß der Gebärmutter Schleimhaut wiederholt sich in 28-tägigen Intervallen und wird durch das fein ausgewogene Wechselspiel der beiden weiblichen Geschlechtshormone in Gang erhalten. Das Follikel- und das Gelbkörper-Hormon werden somit zeitlich aufeinanderfolgend im Eierstock, der wichtigsten weiblichen Geschlechtsdrüse, durch das wachsende Ei und durch seine zurückbleibende

leere Höhle gebildet. Von der mengenmäßig und zeitlich richtig abgestimmten Aufeinanderfolge dieser beiden Geschlechtshormone hängt die Regelmäßigkeit, die Dauer und Stärke der Regelblutung, sowie allfällige Begleitbeschwerden während derselben ab. Ebenso ist die Ansiedlung eines befruchteten Eies nur bei richtigem Zusammenspiel dieser beiden Hormone möglich. Aber auch für alle anderen weiblichen Körperzellen und Drüsenfunktionen sind diese beiden Geschlechtshormone von ausschlaggebender Bedeutung, insbesondere das Follikel-Hormon. Erst unter seinem Einfluß reift das bisher knabenhafte Mädchen in den Entwicklungsjahren zum vollen Weibe heran; erst das Follikel-Hormon ist entscheidend für die rundliche weiche Körperform, für die Harmonie seiner Bewegungen, für die Behaarung, die Stimme und die Ausbildung der weiblichen Brust und aller sekundären Geschlechtsmerkmale. Ja die ganze weibliche Wesensart, das weibliche Denken und Fühlen, die ganze Psyche der Frau wird durch das Follikel-Hormon entscheidend beeinflußt. Wir sehen beispielsweise in der Pubertät, während der Regelzeit, im Beginn einer Schwangerschaft, besonders aber in den Wechseljahren, also immer zu Zeiten des Ingangkommens, vorübergehenden Absinkens oder dauernden Erlöschens der Geschlechtshormonbildung, deutlich sichtbare psychische und charakterliche Veränderungen auftreten, z. B. mangelnde Konzentrationsfähigkeit, Zerstreuung, Fahrigkeit, Launenhaftigkeit, Reizbarkeit und Streitsucht, Arbeitsunlust, rasche körperliche und geistige Ermüdbarkeit, allgemeines körperliches Schwächegefühl, häufig depressive Stimmung und nicht selten Suicidneigung. Wir sehen anderseits wieder in Fällen, bei denen zur Behebung solcher Beschwerden Follikel-Hormon gegeben wird, oftmals einen schlagartigen Erfolg eintreten. Ebenso ist bekannt, daß Delikte und kriminelle Hand-

lungen sowie Selbstmorde bei Frauen vielfach knapp vor oder während der Regelzeit begangen werden. Der unbegründete Stimmungswechsel und die scheinbare Laenhaftigkeit der Frauen mag vielfach durch diese ständigen hormonalen Schwankungen verursacht sein. Es ist ja sicherlich auch kein Zufall, daß jene seelische Unausgeglichenheit der Frau, die mit den verschiedensten subjektiven Beschwerden einhergehen kann, ohne daß objektive Organveränderungen nachweisbar wären, schon seit langer Zeit im Laienkreis als hysterisch bezeichnet wird. Nachdem Hysteros die griechische Bezeichnung für Uterus (Gebärmutter) ist, bedeutet Hysterie eigentlich ein Leiden, das mit der Gebärmutterfunktion im Zusammenhang steht, also auf eine genitale Fehlfunktion zurückzuführen ist.

Wie können aber genitale Fehlfunktionen durch hormonale Störungen gleichzeitig so weitgehende psychische Veränderungen auslösen? Alle Hormone werden im Körper selbst, in eigenen Hormondrüsen, gebildet, z. B.: die weiblichen Geschlechtshormone in den Eierstöcken, die Stoffwechselhormone in der Schilddrüse usw. Diese Hormone werden dann auf dem Blutwege zu den Verbraucherstellen in den einzelnen Körperregionen gebracht. Alle Hormondrüsen arbeiten, planvoll aufeinander abgestimmt, harmonisch zusammen. Der Funktionsausfall einer Hormondrüse zieht unweigerlich Änderungen oder Störungen in der Funktion aller anderen Hormondrüsen nach sich. Dirigent dieses wohl abgestimmten Hormongeschehens ist die Hypophyse, auch Hirnanhang genannt. Die Hypophyse ist zwar selbst auch eine hormonale Drüse, sie bestimmt aber gleichsam als Primgeiger alle anderen Hormondrüsenfunktionen, sie ist das Zentrum des Hormongeschehens. Dieser Hirnanhang (Hypophyse) nun ist entwicklungsgeschichtlich eine Ausstülpung des

Zwischenhirnes und mit diesem in inniger funktioneller Verbindung. Das Zwischenhirn ist wiederum Zentrale des sogenannten autonom-vegetativen Nervensystems, das alle lebenswichtigen Körperfunktionen wie: Herzaktion, Atmung, wechselnde Blutverteilung, Drüsensekretion, Darmbewegungen usw. unabhängig von unserem Willen und Wissen steuert. Wir sehen also, daß alle wichtigen Lebensvorgänge in den Körpersystemen durch die harmonische Zusammenarbeit von Hypophyse (Dirigent des Hormonalgeschehens) und des Zwischenhirns (Zentrale des autonom-vegetativen Nervensystems) einheitlich gesteuert werden, ohne daß diese Vorgänge uns bewußt werden. Zwischenhirn und sein Anhang (Hypophyse) sind aber vom Großhirn umschlossen, in dessen Rinde der Sitz unseres Bewußtseins, unserer Erkenntnis und unseres Willens gelegen sind. Durch diese funktionelle Verbindung Zwischenhirn-Hypophyse einerseits und Zwischenhirn-Großhirn andererseits ist dem Menschen die Möglichkeit gegeben, sein Triebleben, das vom Zwischenhirn aus regiert wird, bis zu einem gewissen Grade durch seine Großhirnfunktion, also sein Denken und Wollen, zu beherrschen. Es ist aber durch diese funktionelle Verbindung auch verständlich, daß Änderungen im hormonal-vegetativen Geschehen Rückwirkungen auf die Psyche und die Gesamtpersönlichkeit zeigen können. Umgekehrt wiederum können auf diese Weise psychische Insulte Störungen im hormonal-vegetativen Ablauf verursachen. Gerade in den letzten Jahren war im Anschluß an eine Todesnachricht oder nach einem Bombeneinschlag in Wohnräume oder infolge Schreck während der Schlußkämpfe nicht selten ein viele Monate dauerndes Aufhören der Regelblutung zu beobachten. Wir sehen somit bei der Frau deutlich erkennbare Auswirkung des hormonal-vegetativen Geschehens auf die Psyche und

umgekehrt wiederum durch psychische Erschütterungen eine Beeinflussung des hormonal-vegetativen Geschehens. Daraus folgt: eine Änderung im Ablauf eines dieser regulierenden Systeme hat zumeist auch Änderungen in den anderen Systemen zur Folge, und zwar vorerst Umstellungen in Form von Ausgleichsreaktionen; bei länger dauernder Störung kommt es zu Schädigungen und schließlich zur Erschütterung der Funktion in den anderen Systemen. In der Folge solcher Funktionsverschiebungen treten Beschwerden und Störungen im Wohlbefinden auf, deren Summe wir als Krankheit bezeichnen. Diese Erkenntnis darf bei den Schlußbetrachtungen nicht außer acht gelassen werden.

Bei Eintritt einer Schwangerschaft sind gewaltige Umstellungen und besonders auch Leistungssteigerungen in allen Organsystemen der Mutter notwendig. Sie, als Trägerin der Keimzelle, muß dem werdenden Kinde im eigenen Leibe Schutz und ungehinderte Wachstumsmöglichkeit bieten und die Aufbau- und Nährstoffe für das Kind im eigenen Blute zuführen. Es bestehen somit zwischen Mutter und Kind vom Moment der Befruchtung an bis zur Entbindung innige Wechselbeziehungen. Welches Ausmaß diese Zusammenarbeit zwischen Mutterkörper und Kind erreicht, läßt sich einigermaßen aus den hormonalen Umstellungen abschätzen. Gleich bei Eintritt einer Schwangerschaft muß vor allem der Fruchthälter als kommandierender Brutraum ruhig gestellt, also gegen wehenauslösende Impulse blockiert werden, um das in Ansiedlung begriffene Ei nicht zu stören oder gar auszustoßen. Diese Ruhigstellung erfolgt durch das Gelbkörperhormon, das aber gleichzeitig eine weitere Heranreifung von Eiern abstoppt. Durch diese Stilllegung weiterer Eireifungen fällt aber für die Mutter eine bisher äußerst wichtige Hormonbildungsstätte fort, denn das für die Frau so wichtige

Follikel-Hormon wurde in den Follikel-Bläschen der heranwachsenden Eizellen gebildet. Gerade aber das Follikel-Hormon, das, wie früher erwähnt, den wachstumfördernden Hormonen zuzurechnen ist, ist für die Schwangerschaftsumstellungen im Mutterkörper und für das Fruchtwachstum in großen Mengen notwendig. Dieses so notwendige Follikel-Hormon wird daher nicht mehr im Eierstock der Mutter, sondern von jungen Zellgruppen der Eihüllen, also von kindlichen Zellen, gebildet und dem Mutterkörper nach Bedarf zur Verfügung gestellt. Damit wird aber dem Mutterorganismus seine bisherige Selbständigkeit und seine autokrate Führung entwunden und zu einem wesentlichen Teil dem werdenden Kinde übertragen. Auf diese Weise wird jede willkürliche Einflußnahme der Mutter auf das Kind, auf sein Wachstum, auf den Fortbestand der Schwangerschaft und auf den Zeitpunkt der Geburt unmöglich gemacht. Diese Hormon-Produktionsumstellung von der Mutter auf das Kind dient dem Schutze und der Sicherung des Kindes. Die lückenlose Absicherung des heranwachsenden Lebewesens ist auch aus anderen Tatsachen ersichtlich. Die mütterlichen Gefäßbahnen beispielsweise führen zwar bis zur Haftfläche des Kindes an der Fruchthälterwand, also bis zur Plazenta, heran, nirgends jedoch tritt ein mütterliches Gefäß oder das mütterliche Blut in das kindliche Gefäßnetz über. Immer und überall ist eine trennende Zellwand aus kindlichem Gewebe als sichernder Filter dazwischengeschaltet, der den Übertritt schädlicher Stoffe vom Mutterkörper in den Kindeskreislauf abschirmt. Ebenso wenig ist ein Übertritt einer mütterlichen Nervenfasern ins Ei oder in den Kindeskörper zu beobachten. Das Kind wächst im Eihüllensack wohlgeborgen, frei im Fruchtwasser schwebend und selbst an der Haftfläche, der Plazenta, durch eine dünne Zellwand von der Mutter

abgeschirmt, sicher und wohlgeborgen heran. Diese Verhältnisse lassen erwarten, daß Versuche, durch Medikamente eine künstliche Fehlgeburt herbeizuführen, bei intakter Schwangerschaft wenig Aussicht auf Erfolg bieten. Diese Feststellung wird bei der Beurteilung der medikamentösen Fruchtabtreibung von Wert sein.

Schließlich muß noch auf eine Besonderheit im anatomischen Bau des weiblichen Genitales hingewiesen werden, die gerade beim arteficiellen Abortus nicht übersehen werden darf. Beim Manne ist die Bauchhöhle vollkommen abgeschlossen. Im Gegensatz dazu besteht beim Weibe ein dauernder Verbindungsweg zwischen Bauchhöhle und Außenwelt, wie der Weg eines befruchteten Eies vom Eierstock nach außen klar beweist. Dieser verschieden weite Verbindungsweg — Eileiter, Fruchthalter, Scheidenrohr, Schamspalte — kann aber auch in anderer Hinsicht von Bedeutung werden, wenn nämlich Bakterien von außen oder von der Scheide aus in umgekehrter Richtung aufwärts in die Gebärmutterhöhle einwandern und weiter die Eileiter entlang in die Bauchhöhle vordringen. Die unmittelbaren Folgen eines solchen Keimaufstieges sind Schleimhautentzündungen vorerst der Scheide, dann der Gebärmutterhöhle und weiter der Eileiter; erreichen die Krankheitskeime das Bauchfell, kommt es zur Bauchfellreizung, greifen sie weiterhin auf den Eierstock über, kommt es zur Eierstockentzündung. Die Spätfolgen solcher Prozesse sind eitriger Ausfluß, unregelmäßige, oft sehr lang dauernde und starke Regelblutungen, Verwachsungen der Genitalorgane mit Nachbarorganen und durch diese Schmerzen im Kreuz und im Unterbauch. Der Grund, warum Frauen relativ häufig an Entzündungen und Beschwerden der Unterleibsorgane leiden, ist vor allem in diesen anatomischen Verhältnissen zu suchen, denn der Scheideneingang ist durch die unmittelbare Nähe des

Mastdarms und der Harnröhrenmündung ständigen bakteriellen Verunreinigungen ausgesetzt. Dabei bietet gerade die Scheidenschleimhaut durch ihren Reichtum an Falten und Buchten besonders günstige Schlupfwinkel zur Bakterienwucherung. Deshalb muß die Scheide, besonders in ihrem unteren Anteil, als reichlich bakteriell verunreinigt bezeichnet werden, von wo aus unter günstigen Bedingungen jederzeit Keime in höher gelegene Abschnitte aufsteigen können.

Um nun die Gefahr solcher aufsteigender Infektionen möglichst einzudämmen, verfügt dieses Gangsystem über gewisse Sperr- und Abwehrvorrichtungen, die einerseits ein Aufwärtswandern von Keimen erschweren und andererseits ein unbeschränktes Bakterienwachstum in der Scheide verhindern sollen. Der Zugang in die Gebärmutterhöhle von der Scheide her ist allein schon durch die Enge des Gebärmutterhalskanals unter normalen Verhältnissen erschwert. Überdies ist in jenem Engpaß, gleichsam als Abschluß, ein zäher, dicker Schleimpfropf eingebaut, der zwar von den lebhaft beweglichen männlichen Spermazellen durchwandert werden kann, der aber einen Bakterienaufstieg aus der Scheide in die Gebärmutter hinein sehr erschwert. Andererseits muß auch ein unbegrenztes Bakterienwachstum in der Scheide möglichst eingedämmt werden. Deshalb verfügt die Scheide der gesunden Frau über einen Bakterienabwehrmechanismus auf chemischer Basis. Unter normalen Verhältnissen wird nach erlangter Geschlechtsreife unter dem begünstigenden Einfluß des vorhin genannten Follikel-Hormons in der Scheide Milchsäure gebildet, die das Bakterienwachstum und ein Überwuchern derselben hemmt. Wird aber durch Blutabgänge die Milchsäurewirkung neutralisiert — Blut ist ja alkalisch —, so fällt diese Hemmung des Bakterienwachstums in der Scheide weg. Somit begünstigen Genital-

blutungen (Regelblutungen, blutiger Wochenfluß nach Geburten oder nach Fehlgeburten) das Wuchern der Scheidenbakterien und durch das Offenstehen des Halskanals ihr Aufsteigen in die Gebärmutterhöhle. Zu solchen Zeiten sind die natürlichen Selbstschutzeinrichtungen gegen aufsteigende Infektion geschwächt und wesentlich in ihrer Wirksamkeit herabgemindert. Es ist daher nicht verwunderlich, wenn Patientinnen in der Vorgeschichte eines abgelaufenen Entzündungsprozesses am Genitale als Beginn der Beschwerden zumeist die Zeit der Regelblutung, oder einen Abortus und selten ein fieberhaftes Wochenbett angeben.

Während einer Schwangerschaft kommt aber für eine aufsteigende Keiminfektion außer diesem direkten Weg — Scheide, Fruchthalerhöhle, Eileiter, Bauchhöhle und Übergreifen auf den Eierstock — noch ein zweiter Weg in Betracht, nämlich der Keimeinbruch in die Blutbahn hinein. Nachdem das wachsende Kind von der Mutter her reichlich mit Nähr- und Baustoffen versorgt werden muß, die auf dem Blut- und Lymphweg zugebracht werden müssen, ist es verständlich, daß gerade der Fruchthaler als Brutraum von einem reich verzweigten Gefäßnetz umschlossen und durchzogen ist. Besonders der Haftbezirk der Plazenta an der Fruchthalerwand zeigt reichliche und erweiterte Gefäßräume, aus denen das Kind seine Nähr- und Baustoffe schöpft. Bei der Ablösung dieser kindlichen Haftfläche von der Gebärmutterwand müssen diese Gefäßräume notgedrungen zerrissen, also eröffnet werden. Dabei kommt es zu Blutungen, und gerade Blut ist der beste Nährboden für Bakterien. Es ist begreiflich, daß Scheidenkeime durch den offenen Halskanal dieser bluterfüllten Gebärmutterhöhle zustreben, wo sie die idealsten Wachstumsbedingungen vorfinden. Von hier aus können sie bequem, ohne jede Abwehr, in die offenen

Blutbahnen der Haftstelle gelangen, wo sie dann, vom Blutstrom erfaßt, durch dessen Kreislauf im ganzen Körper verschwemmt und in die entferntesten Organgebiete verstreut werden. Der Einbruch von Bakterien in die Blutbahn zeigt sich immer durch das Auftreten eines Schüttelfrostes an. Auf diese Weise kann ein anfangs auf die Gebärmutter beschränkter Entzündungsprozeß durch die Verschwemmung der Keime im Blutstrom zu dem bedrohlichen Bild der Allgemeinsepsis, die den Gesamtkörper betrifft, werden. Wir sprechen dann von einem **Puerperal-Prozeß** oder vom Wochenbettfieber.

Nach diesen grundlegenden Vorbemerkungen sind noch einige Begriffsbestimmungen nachzutragen, die in der Folge Anwendung finden. Als **Abortus** oder **Fehlgeburt** wird jeder Abgang eines befruchteten Eies vor erreichter Lebensfähigkeit der Frucht, also vor der 28. Schwangerschaftswoche, bezeichnet. Eine Fehlgeburt kann ohne jedes Zutun, „aus sich selbst heraus“, spontan eintreten, weshalb wir solche Fälle als **Spontan-Abortus** bezeichnen. Wird aber mit Absicht eine Fehlgeburt durch bewußte Handlungen künstlich herbeigeführt, so sprechen wir von einer **künstlichen Fehlgeburt**, einem **Abortus artificialis**. Der Begriff **Abortus artificialis** umfaßt jedoch zwei Untergruppen, die in ihrem klinischen Verlauf verschieden zu beurteilen sind:

1. die sogenannte **künstliche Schwangerschaftsunterbrechung**, auch **Interruptio graviditatis artificialis** genannt, und

2. den **kriminellen Abortus**, oder die **Frucht-  
abtreibung**.

Die Bezeichnung **künstliche Schwangerschaftsunterbrechung** umfaßt jene Fälle, bei denen infolge eines besonders bedrohlichen Zustandes der Mutter die staat-

lichen Gesetze eine Unterbrechung dieser Schwangerschaft zur Rettung der Mutter zulassen. Diese Schwangerschaftsunterbrechungen dürfen den Vorschriften gemäß nur von Ärzten und nur in Krankenanstalten vorgenommen werden. Durch diese Vorschrift soll die Behandlung durch fachkundige Hand und die Durchführung unter aseptischen Bedingungen gewährleistet werden.

Bei den kriminellen Fruchtabtreibungen hingegen wird die Schwangerschaft vielfach von der Frau selbst oder unter Beihilfe anderer Personen gegen die bestehenden Gesetze insgeheim abgetrieben. Durch diese Heimlichkeit, durch die Außerachtlassung der aseptischen Grundforderungen und durch das Manipulieren von Laien ist es verständlich, daß gerade beim kriminellen Abortus mit einem höheren Prozentsatz schwerwiegender Komplikationen zu rechnen ist.

Hier sollen einige statistische Zahlen, den Abortus betreffend, angeführt werden. Eine verlässliche Zahlenangabe über die Häufigkeit von Fehlgeburten überhaupt oder gar über die kriminellen Fruchtabtreibungen ist unmöglich. Die Statistiken können immer nur jene Fälle erfassen, die entweder in Krankenanstalten Aufnahme finden oder durch Ärzte gemeldet werden. Da aber nur ein Teil der Fehlgeburten, besonders der kriminellen Abtreibungen, Spitals- oder Arzthilfe in Anspruch nimmt, geben die statistischen Zahlen nur einen annähernden Überblick über die tatsächlichen Verhältnisse. Besonders schwierig ist die Scheidung von Spontan-Abortus und krimineller Fruchtabtreibung, da ja Patientinnen mit kriminellem Abortus aus begreiflichen Gründen stets bemüht sind, einen natürlich eingetretenen Spontan-Abortus vorzutäuschen. Sie verschweigen jede strafbare Handlung und versuchen, durch bewußt falsche Angaben irre zu führen. Es ereignet sich tagtäglich, daß eine Patientin

angibt, am Waschtag oder beim Heben eines Gegenstandes sei der Abortus ganz von selbst eingetreten, und eine Weile später wird der halbabgerissene Foetus geboren. Daher ist in den Statistiken eine strikte Scheidung von Spontan- und arteficiellem Abortus leider nur selten möglich; die Fälle werden zumeist als fieberfreie oder fieberhafte Fehlgeburten ausgewiesen. Die Abortus-Statistiken können aus diesen Gründen immer nur mit einer gewissen Reserve als Beweis herangezogen und dürfen nie absolut, sondern immer nur relativ bewertet werden. Die großen Schwankungen in der Höhe der Prozentzahlen sind daraus zu erklären, daß das Zahlenmaterial teils aus Großstadtbezirken und teils aus Provinzgebieten stammt und daß sie einmal in friedlichen Zeiten, ein andermal in Kriegsjahren und ein drittesmal wieder in Nachkriegsperioden erhoben wurden. Beispielsweise hat 1923 *Ofterdinger* durch eindringliches Befragen der Frauen in der Hamburger Frauenklinik folgende Zahlen gefunden:

Bei Frauen unter 20 Jahren betragen die Frucht-  
abtreibungen 220 Prozent der stattgehabten Entbindungen,  
63.6 Prozent dieser Frauen waren unverheiratet.

Bei Frauen von 20 bis 25 Jahren betragen die Frucht-  
abtreibungen 84 Prozent der stattgehabten Entbindungen;  
39.9 Prozent davon waren unverheiratet.

Bei Frauen von 26 bis 30 Jahren betragen die Frucht-  
abtreibungen 63.1 Prozent der stattgehabten Entbindungen;  
wieviele davon unverheiratet waren, ist nicht er-  
rechnet.

Über das Verhältnis von natürlicher Fehlgeburt und  
krimineller Frucht-  
abtreibung gibt eine andere Zählung  
Einblick. Unter den Fehlgeburten waren eingestanden  
ermäßigten kriminell:

Berliner Universitäts-Frauenklinik: 89% (*Schafer*).

Münchener Universitäts-Frauenklinik: 66% (*Nürnberger*).  
Hamburger Universitäts-Frauenklinik: 70% (*Ofterdinger*).  
Hamburger Poliklinik: 80% (*Hoffrogger*).

Ebenso aufschlußreich ist eine andere Statistik von *S. Peller* (Wien), in der die Häufigkeit von Fehlgeburten bei Ledigen solchen bei Verheirateten gegenübergestellt wird.

Bei I. Schwangeren entfallen: 248 Ledige (79.9%) auf 63 Verheiratete (20.1%).

Bei II. Schwangeren entfallen: 107 Ledige (43.8%) auf 137 Verheiratete (56.2%).

Bei III. Schwangeren entfallen: 64 Ledige (18.9%) auf 169 Verheiratete (81.1%).

Bei IV. Schwangeren entfallen: 14 Ledige (3.7%) auf 365 Verheiratete (96.3%).

Über die Art des Abortus, ob spontan oder arteficiell, sind keine Angaben gemacht. Bei den Erstschwangeren stellen die Ledigen mit 79.9% den Hauptteil der Fehlgeburten, bei IV. Schwangeren die Verheirateten mit 96.3%.

Nach diesem kurzen statistischen Überblick ist vorerst die Frage zu klären: welche Wege zur Durchführung einer künstlichen Fehlgeburt überhaupt möglich sind.

Beim Spontan-Abortus wird durch die selbsteinstellende Wehentätigkeit der die Gebärmutterhöhle abschließende Halskanal von selbst eröffnet und im weiteren Verlauf das Ei, entweder als geschlossene Einheit oder in einzelne Teile zerlegt, abgelöst und ausgestoßen. Nach Ausstoßung der gesamten Eiteile kann sich der Fruchthälter wiederum schließen. Es wäre daher naheliegend, bei der künstlichen Fehlgeburt diesen natürlichen Eröffnungs-, Ablös- und Ausstoßmechanismus nachzuahmen. Grundbedingung hiefür wäre nur die Möglichkeit, durch

ein geeignetes Mittel Arbeitswehen auszulösen und weiterhin in Gang erhalten zu können. Da auf diese Art der Abortus artificialis nur durch Medikamente, ohne Zuhilfenahme von Instrumenten, erreicht würde, soll diese Art der Schwangerschaftsunterbrechung als medikamentöse Schwangerschaftsunterbrechung bezeichnet werden. Ihr großer Vorteil wäre die Selbsteröffnung des Fruchthalters, die Selbstablösung der Frucht in der richtigen Schichte und deren Selbstausstößung. Durch den Wegfall jeder instrumentellen Handlung könnte mit Sicherheit jede Verletzung durch Instrumente und jede Bakterienverschleppung durch solche vermieden werden. Natürlich könnten bei der medikamentös ausgelösten Fehlgeburt, so wie beim Spontan-Abortus, schwerere und schwerste Blutverluste auftreten, die aber bei rechtzeitiger, sachgemäßer Hilfe heutzutage durch Bluttransfusionen rasch auszugleichen sind. Als alleinige Komplikationsmöglichkeit bestünde nur das Spontanaufsteigen von Scheidenbakterien in die offenstehende Fruchthalterhöhle. Solche aufsteigende Infektionen sind aber erfahrungsgemäß beim Spontan-Abortus nur ausnahmsweise von schwereren Komplikationen oder gar tödlichem Verlauf begleitet. Halban (Wien) errechnete seinerzeit bei den spontanen Fehlgeburten seines Krankenmaterials 0.02 Prozent Todesfälle. d. h. unter 5000 Fällen spontaner Fehlgeburten war 1 tödlicher Ausgang zu verzeichnen. Andere Autoren im Deutschen Reich errechneten bei fieberlosen Abortusfällen ihres Krankenmaterials 0.05 bis 0.5 Prozent Todesfälle, ohne Angabe der Todesursache. Diese statistischen Angaben stammen alle aus den Jahren vor 1946, also aus einer Zeit, wo die Sulfonamide und das Penicillin noch nicht zur Verfügung standen. Nach den bisherigen Erfahrungen mit diesen beiden neuen Medi-

kamenten erscheint die Annahme gerechtfertigt, daß mit unseren jetzigen Behandlungsmethoden die oben angeführten früheren Behandlungsergebnisse noch wesentlich verbessert werden können. Die medikamentöse Fehlgeburt würde demnach schwerere Augenblickskomplikationen vermeiden lassen.

Welche praktischen Erfolge sind mit der medikamentösen Fehlgeburtseinleitung zu erzielen?

Die Erfahrungen haben gezeigt, daß wir bis heute kein Mittel besitzen, um bei einer intakten Schwangerschaft künstliche Wehen auszulösen. Wir verfügen zwar über eine Reihe von wehenverstärkenden Mitteln, die ganz schwache Wehen kräftiger gestalten, also verstärken. Eine Auslösung von Wehen ist derzeit noch unmöglich. Mehrere Autoren machten den Versuch, durch Anwendung der üblichen wehenverstärkenden Mittel Schwangerschaften zu unterbrechen. Es gelang zwar vielfach, muskuläre Zusammenziehungen der Gebärmutterwand zu erreichen, nie aber wurde eine regelmäßige Wehentätigkeit oder gar die Ausstoßung der Frucht erreicht. (*Guggisberg, Hofbauer, Straßmann*). Ebenso läßt sich durch Zufuhr von Hormonen oder hormonähnlich wirkenden Stoffen, selbst in hohen Dosierungen, eine intakte Schwangerschaft den bisher veröffentlichten Erfahrungen nach nicht unterbrechen (*Robinson, Datnov, Jeffconté, Buschbeck 1936, Friggert, Reifferscheid, Gentili, Macazgi 1939, Tapfer 1940, Friedrich 1942, Portes 1943*). Auch die verschiedensten anorganischen und organischen Verbindungen sowie schwachwirkende pflanzliche oder tierische Gifte wirken in niedriger Dosierung nicht fruchtatreibend; erst in hohen Dosen, die zur Vergiftung der Mutter führen, kommt es auch zum Fruchttod und damit zur Ausstoßung der Frucht. *Haberda*

(Wien) hat in einem Gutachten der Wiener medizinischen Fakultät bereits 1929 ausführlich dargelegt, daß das im Laienkreis so vielfach angewandte wehenverstärkende Chinin für die Unterbrechung einer Schwangerschaft als untaugliches Mittel zu bezeichnen ist. Bei kritischer Beurteilung dieser Ergebnisse zeigt sich, daß die Erzählungen im Laienkreis von Schwangerschaftsunterbrechungen durch eingenommene Medikamente oder Injektionen wissenschaftlich nicht bewiesen werden können. Nach den früheren Darlegungen ist dieses Versagen der medikamentösen Fruchtabtreibung auch voll- und verständlich, denn die Gebärmuttermuskulatur ist besonders in der ersten Hälfte einer Schwangerschaft durch das Gelbkörper-Hormon gegen die Wirkung der sogenannten Wehenmittel gleichsam blockiert, also abgebremst. Ebenso ist durch die Abisolierung des Eies, bzw. der heranwachsenden Frucht jede Einflußnahme auf das Kind durch Medikamente, die der Mutter zugeführt werden, kaum zu erwarten.

Es bleibt somit zur Erzielung einer künstlichen Fehlgeburt praktisch gesehen nur der zweite Weg: die instrumentelle Herbeiführung einer Fehlgeburt. Es gibt zahlreiche Methoden des instrumentellen Abortus artificialis. Die erfolgreiche Durchführung ist aber bei all diesen Methoden an die Erfüllung zweier Forderungen gebunden:

1. Die Fruchthalterhöhle muß künstlich eröffnet werden, um Zugang zum Ei zu gewinnen.

2. Die Ablösung und der Abgang der gesamten Frucht, also des Foetus, der Eihüllen und der Plazenta, muß erreicht werden.

Nachdem die Gebärmutter mit ihrem Halsteil in die Scheide mündet, ist begreiflicherweise der natürlichste und der bequemste Zugang zur Fruchthalterhöhle von

der Scheide her gegeben. Die gewaltsame Aufdehnung des Gebärmutterhalsteiles zur Eröffnung der Fruchthöhle wird deshalb in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle von der Scheide her durchgeführt. Nun ist aber die Scheide, wie vorhin festgestellt, durch die Nähe von Mastdarm und Harnröhre dauernden bakteriellen Verunreinigungen ausgesetzt und daher als keimbesiedeltes, unsteriles Operationsgebiet anzusehen. Beim Abortus artificialis müssen aber die operierenden Instrumente notgedrungen durch dieses keimbesiedelte Gebiet durchgeführt werden, so daß trotz aller Vorsicht Krankheitskeime mit den Instrumenten aus der Scheide direkt in die Fruchthalerhöhle eingebracht werden können.

Ob nun die künstliche Eröffnung des Fruchthalters durch die gewaltsame instrumentelle Aufdehnung oder durch eine Schnittführung erfolgt, in jedem Falle müssen kleinere oder größere Wunden gesetzt werden. Nur das Ausmaß der Verletzungen ist von der Vorsicht, der Übung und Erfahrung der operierenden Hand abhängig. Weiters muß die Ablösung der kindlichen Haftfläche, der Plazenta, zur Eröffnung der Bluträume in diesem Gebiet führen. Alle diese Wunden aber (Verletzungen durch die Aufdehnung, Wundfläche an der Ablösungsstelle) stellen willkommene Einbruchspforten für Bakterien dar. Ob nun Keime mit den Instrumenten in die Fruchthalerhöhle verschleppt wurden oder von selbst aus der Scheide in die gewaltsam eröffnete und daher länger offenstehende Gebärmutter eingewandert sind, auf jeden Fall finden sie im Blute in der Gebärmutterhöhle günstigste Lebensbedingungen und durch die Wunden bequeme Einbruchspforten. Der weitere Verlauf ist nur davon abhängig, welche Bakterienart zufällig aufsteigt und welchen Einbruchsweg die Keime nehmen. Geht der Infek-

tionsweg von der Gebärmutterhöhle die Eileiter entlang in den Bauchraum hinein, so kommt es unter Temperaturanstieg und Fieber, wie schon vorher erwähnt, zur Schleimhautentzündung des befallenen Organes, also der Gebärmutter, der Eileiter, des Bauchfells und nicht selten zur Eierstockentzündung. In diesen Fällen bleibt aber der Krankheitsprozeß immer noch auf die Genitalorgane beschränkt, also lokalisiert. In diesem Stadium zwingen die stürmischen Begleiterscheinungen der akuten Entzündung: die heftigen Schmerzen im Unterbauch, das Fieber und der Brechreiz, die Patientin zu länger dauernder absoluter Bettruhe. Waren zufällig Eitererreger aufgestiegen, so kommt es vielfach zur Ausbildung von entzündlichen Geschwülsten an Eileiter und Eierstock, von Ei- bis Kindskopfgröße, die sogenannten Adnextumoren. Dieselben führen fast regelmäßig zu Verklebungen mit den benachbarten Darmschlingen oder mit dem Kreuzbein, die nach der Abheilung als zurückbleibende narbige Verwachsungsstränge die inneren Genitalorgane verziehen und dadurch beim Gehen oder bei sonstigen Bewegungen dauernde Schmerzen verursachen. Solche Entzündungsherde können aber auch zu größeren Abszeßhöhlen einschmelzen und im weiteren Verlauf in Nachbarorgane (Harnblase, Mastdarm, Scheide) durchbrechen, ein Ereignis, das vielfach einer Selbstheilung gleichkommt. Die zurückbleibenden, ausgedehnten Narben- und Schwielenbildungen verursachen begreiflicherweise langjährige Schmerzen und verminderte Leistungsfähigkeit. Nicht selten wird durch diese ständigen Schmerzen das Eheleben zur Qual und durch die Unstimmigkeiten die Ehe schließlich unhaltbar.

Die Spätfolgen solch durchgemachter Eileiterentzündungen können sich in zweifacher Weise noch nach Jahren sehr unliebsam bemerkbar machen: einmal als Anlaß zu

Eileiterschwangerschaften mit all ihren Gefahren, ein andermal als dauernde Unfruchtbarkeit.

Durch die seinerzeitigen entzündlichen Veränderungen des Auskleidungsbelages der Eileiter kann es zur Zerstörung der längs verlaufenden Schleimhautfalten kommen, auf denen das befruchtete Ei, gleichsam wie auf einer Rollbahn, vom Eierstock in die Gebärmutterhöhle transportiert wird. Durch solche Defekte der Rollbahn oder durch verengende Narbenringe wird das befruchtete Ei an seiner Weiterwanderung in die Gebärmutterhöhle verhindert und im Eileiter festgehalten. Dadurch wird das Ei zur Einnistung in die Eileiterwand gezwungen. Der enge Eileiter mit seiner dünnen Wand kann aber zumeist nicht lange das rasch wachsende Ei beherbergen. Entweder wird nun das Ei unter kolikartigen Bauchkrämpfen und unter Blutung nach außen in die freie Bauchhöhle hinein ausgestoßen (Tubarabortus), oder das rasch wachsende Ei zerreißt die dünne Eileiterwand und deren Blutgefäße, wodurch es zu schweren und schwersten Blutungen in den Bauchraum hinein kommt. (Tubarruptur.) In beiden Fällen kann nur die sofortige Operation die betroffene Mutter vor dem Verblutungstode retten, aber leider nicht selten kann die Patientin nicht mehr rasch genug zur Operation eingeliefert werden.

Weniger lebensbedrohende, aber deshalb nicht weniger ernste Folgezustände nach Eileiterentzündungen beobachten wir, wenn die eitrige Entzündung zur Verklebung und schließlich zum vollständigen Verschuß beider Eileiter geführt hat. Dadurch kann das freigewordene reife Ei nicht mehr in die Gebärmutterhöhle gelangen und ebenso kann die männliche Samenzelle das Ei nicht mehr erreichen. Dauernde Unfruchtbarkeit ist die logische Folge. Es ist besonders tragisch, wenn nach einer einmaligen künstlichen Fehlgeburt, später unter günstigeren Bedin-

gungen, von beiden Ehepartnern dringendst Nachkommenschaft ersehnt wird, aber jede Aussicht auf Erfüllung dieses Wunsches endgültig genommen ist. Schwerste Depressionszustände der Frauen, Selbstanklagen und dauernde gegenseitige Vorwürfe führen nicht selten zur Zerrüttung solcher Ehen. Einigermaßen Einblick über die Häufigkeit der Sterilität (Unfruchtbarkeit) nach Fehlgeburten gewinnt man aus Statistiken: *Schulze* fand in 17 Prozent aller Fehlgeburten später dauernde Unfruchtbarkeit. *Helz* errechnete 25 bis 27 Prozent Sterilitäten nach Abortus. *Schulze* hat aus der Gesamtzahl der unfruchtbaren Frauen seines Materials in 44 Prozent, also fast der Hälfte der Fälle, vorangegangene Fehlgeburten als Ursache nachweisen können.

Erfolgt jedoch der Bakterieneinbruch in die offenen Gefäße der Haftfläche, so werden die Keime durch den Blutkreislauf im ganzen Körper verschwemmt und in weit abgelegenen Organgebieten angesiedelt. Damit ist aus dem ursprünglich lokalen Genitalprozeß das schwere Krankheitsbild der Allgemeininfektion, das sogenannte *Wochenbettfieber*, entstanden. Gelingt es, durch geeignete Mittel rechtzeitig weitere Keimeinbrüche in die Blutbahn abzufangen und die verschwemmten Keime unschädlich zu machen, so ist die Allgemeininfektion mit ihren Gefahren gebannt und die Lokalisierung des Prozesses auf den Genitalbezirk gelungen. Auf diese Weise kann zumeist das Leben der Patientin gerettet, nicht aber die Folgezustände lokaler Genitalentzündungsprozesse vermieden werden.

Solche aufsteigende Infektionen finden besonders günstige Bedingungen, wenn Eiteile in der Fruchthalterhöhle zurückbleiben, denn erst nach Abgang aller Eireste schließt sich die Gebärmutter wieder. Deshalb wird bei der ärztlich durchgeführten Schwangerschaftsunterbre-

chung nach gelungener Aufdehnung gleich die vollständige Ausräumung aller Eiteile angeschlossen. Anders bei der kriminellen Fruchtabtreibung, bei der zumeist nur einzelne Eiteile verletzt werden, der Großteil des Eies jedoch und besonders der Plazenta zurückbleiben. Durch diese zurückgelassenen Eiteile und durch das Manipulieren mit ungenügend sterilen Gegenständen, sind gerade beim kriminellen Abortus zumeist fieberhafte Komplikationen, sehr oft von Schüttelfrösten begleitet, zu beobachten. Handelt es sich bei den aufgestiegenen Keimen um hochinfektiöse Bakterien, so kann durch die Verschwemmung im Körper die Allgemeininfektion so rasch ablaufen, daß die Eigenabwehr des Körpers nicht mehr zeitgerecht zur Geltung kommt. In den Jahrzehnten vor 1946 waren derartig gelagerte Fälle vielfach als verloren anzusehen. Seither haben wir in den Sulfonamiden und durch das Antibioticum Penicillin Medikamente in der Hand, die es ermöglichen, in den meisten Fällen neue Bakterieneinbrüche abzufangen und eingebrochene Keime unschädlich zu machen. Wir können dadurch jene gefährliche Zeitspanne zwischen Bakterieneinbruch und Ingangkommen der Eigenabwehr mit den neuen Behandlungsmethoden überbrücken. Der Erfolg ist aber an gewisse Voraussetzungen gebunden. Die Medikamente müssen vor allem zeitgerecht und in der nötigen Konzentration an den Krankheitsherd herangebracht werden und ebenso müssen die eingebrochenen Bakterienstämme auf eines dieser Medikamente ansprechen. Gerade die Forderung des frühen Behandlungsbeginnes ist bei den kriminellen Fruchtabtreibungen vielfach leider unerfüllbar, weil solche Frauen durch das ängstliche Behüten ihres Geheimnisses oftmals zu spät zur Behandlung gebracht werden. Ist es bereits zu ausgedehnteren Abszeßbildungen in den verschiedenen Körperorganen wie Lunge,

Leber, Milz, Niere usw. gekommen, so kann trotz der neuesten Mittel nicht selten der tödliche Verlauf nur hinausgeschoben, aber nicht mehr aufgehalten werden.

Diesen Hinweisen auf die Möglichkeit aufsteigender Infektionen beim Abortus artificialis wird von Laien öfters der Einwand entgegengehalten, daß bei Geburten und Selbstaborten dieselben Bedingungen vorliegen wie beim künstlichen Abortus und daß bei so vielen ihrer Bekannten alles glatt verlief. Auf die Verschiedenheit des klinischen Ablaufes bei Geburten und Spontanabortus einerseits und beim Abortus artificialis andererseits wurde schon früher hingewiesen. Dieser Unterschied wird durch die statistischen Zahlen: 0.02% Todesfälle beim Spontanabortus (*Peham*) gegenüber 9 bis 10% Todesfälle beim kriminellen Abortus (*Benthin*) einwandfrei bewiesen. Die Erklärung dieser auffallenden Verschiedenheit ist meiner Meinung durch folgende Überlegung zu finden. Beim selbsteintretenden Spontan-Abortus wie auch bei Geburten hat der Mutterorganismus Kenntnis von dem bevorstehenden Ereignis und daher Zeit und Möglichkeit, zeitgerecht seine vorbereitenden Umstellungen zu treffen und die nötigen Abwehrkräfte zu mobilisieren. Durch die Bereitstellung der weißen Blutkörperchen, der „Sicherheitspolizei des Körpers“, können allfällige Bakterieneinbruchstellen rechtzeitig abgeriegelt und auf diese Weise aufsteigenden Keimen der Einbruch verwehrt werden. Bei der künstlichen Unterbrechung einer Schwangerschaft hingegen wird der ahnungslose Körper unvorbereitet getroffen, also gleichsam nichtsahnend überfallen. Bis der Körper seinen gesamten Abwehrrapparat in Gang zu bringen und einzusetzen vermag, ist aber die Ausbreitung der Infektionskeime bereits sehr weit fortgeschritten, vielfach sogar schon zu weit, um noch wirksam bekämpft zu werden.

Schließlich muß noch auf eine weitere Gefahr beim instrumentell durchgeführten Abortus artificialis hingewiesen werden. Durch die starke Auflockerung und die Brüchigkeit des schwangeren Fruchthalters und aller Nachbargewebe können jederzeit, besonders aber bei abnormer Lagerung oder Verziehung der Gebärmutter oder bei etwas zu brücker Aufdehnung des Halsteiles Zerreißen oder Durchstoßungen der Scheidenwand, der Scheidengewölbe, besonders aber der Gebärmutterwand gesetzt werden. Bei solchen Durchstoßungen kommt es vielfach auch noch zu ungewollten Verletzungen von Nachbarorganen. Daß solche unglückliche Zwischenfälle nicht so selten unterlaufen und nicht nur bei ungeübten Laien, sondern auch bei ausgebildeten Ärzten vorkommen, zeigen die Statistiken. Nach *Peham* und *Katz* waren 70% der beobachteten Gebärmutterdurchstoßungen von Ärzten verursacht, nach *Brunner* sogar 85%. *C. L. Herbig* weist unter 134 Gebärmutterdurchstoßungen seines Materials 93 durch Ärzte gesetzt aus, also wieder über 70%. Solche Verletzungen sind aber für die betroffenen Frauen nicht belanglos, da gemäß den statistischen Angaben trotz sachgemäßer Operation 31.2% solcher Fälle tödlich verlaufen (*Lippmann* und *Wels*). Ebenso ist zu berücksichtigen, daß in einem Großteil solcher Fälle bei der Operation notgedrungen die Gebärmutter entfernt werden muß; damit ist aber jede Möglichkeit weiterer Nachkommenschaft endgültig genommen. Welche Ausmaße solche Verletzungen erreichen können, zeigt ein vor kurzem im Fachkreis bekanntgegebener Fall, bei dem anlässlich einer kriminellen Fruchtabtreibung die Gebärmutter durchstoßen und mit der Faßzange der ganze absteigende und der halbe querverlaufende Dickdarm samt einem Stück Milz herausgerissen wurde. Eine sofortige Operation durch einen besonders erfahrenen Operateur konnte zwar das

Leben der fast verblutenden Patientin retten, die 24-jährige junge Frau aber bleibt zeitlebens ein Krüppel.

Bei den Diskussionen über den künstlichen Abortus steht zumeist im Brennpunkt der verschiedenen Meinungen die Frage: Soll das gesetzliche Verbot der Fruchtabtreibung weiterhin beibehalten oder als überholt fallen gelassen werden? Der Mediziner aber wird seine Entscheidungen von einem anderen Gesichtspunkt aus treffen, nämlich von der Frage: Ist die künstliche Fehlgeburt wirklich ein kleiner, harmloser Eingriff, der keine nachteiligen Folgen bei den Frauen zurückläßt? Zur leichteren Stellungnahme seien die bisherigen Feststellungen nochmals kurz zusammengefaßt:

A. Die medikamentöse Schwangerschaftsunterbrechung wäre ein relativ ungefährlicher Weg; gemäß den bisherigen Veröffentlichungen konnte jedoch bei intakter Schwangerschaft in keinem Fall die Fruchtausstoßung durch Medikamente allein erreicht werden. Die medikamentöse Fruchtabtreibung kommt daher praktisch kaum in Betracht.

B. Erfolgreich hingegen ist die instrumentelle Unterbrechung einer Schwangerschaft; sie ist deshalb die am meisten angewandte Methode. Bei der instrumentellen Methode ist aber stets die Möglichkeit von Komplikationen gegeben, die, mehr als von der Geschicklichkeit und Erfahrung des Operateurs, von den anatomischen Verhältnissen und von Zufälligkeiten abhängig sind und daher auch bei aller Vorsicht nicht zu umgehen sind:

1. Durch die anatomische Lage ist die Scheide ein keimbeseideltes unreines Operationsgebiet, durch das die operierenden Instrumente durchgeführt werden müssen.

2. Durch die Eröffnung der Gebärmutter und durch das Ablösen des Eies sind Verletzungen und Wunden unvermeidlich.

3. Verletzungen und Wunden sind stets zu fürchtende Bakterien-Einbruchspforten.

4. Zur Zeit jedes Abortus ist der mechanische und chemische Abwehrmechanismus gegen Bakterien außer Kraft gesetzt.

Diese Punkte 1 bis 4 sind Gegebenheiten, die auch vom Fachmann nur berücksichtigt, aber nicht geändert werden können. Durch sie werden aber die günstigsten Bedingungen für eine aufsteigende Keiminfektion geschaffen, besonders wenn zurückgebliebene Eiteile den Gebärmutterzugang länger offen halten.

Komplikationen, die sofort eintreten:

a) Aufsteigende Infektion: Welche Bakterienarten aufsteigen und welchen Verbreitungsweg sie nehmen, ist durch unser Handeln nicht zu beeinflussen, also dem Zufall überlassen.

1. Zu lokalisierter Entzündung der Genitalorgane kommt es, wenn Bakterien aus der Gebärmutterhöhle entlang der Eileiter auf die Eierstöcke und das Bauchfell weiter-schreiten. Die lokalisierte Entzündung ist zumeist nicht lebensbedrohend, hat aber oftmals ernste Spätfolgen im Gefolge. (Siehe unter Spätfolgen.)

2. Die Gefahr der Allgemein-Sepsis ist bei Einbruch der Bakterien in die Blutbahn gegeben. Dieser Zustand ist lebensbedrohend, kann aber bei frühzeitiger Behandlung mit den neuen Medikamenten zumeist beherrscht und lokalisiert werden. Die Statistiken vor 1946 weisen für die Gruppe 1 und 2 zusammen 5 bis 10% Todesfälle aus.

b) Ungewollte Nebenverletzungen der Genitalorgane und Nachbarorgane: Vorsicht und Erfahrung kann solche Zwischenfälle und besonders ihr Ausmaß zwar beschränken, aber niemals mit Sicherheit verhindern. Gemäß den Statistiken werden 70 bis 85% dieser Verletzungen von Ärzten gesetzt. Bei den notwendigen Operationen muß

oftmals die Gebärmutter entfernt werden, was dauernde Unfruchtbarkeit zur Folge hat. 31.2% dieser Fälle endigen trotz Operation tödlich.

Spätfolgen:

a) Nach Abheilen der Schleimhautentzündungen in der Gebärmutter und Eileiter bleiben vielfach quälende Ausflüsse, langdauernde und unregelmäßige Regelblutungen, sowie Verziehungen der inneren Genitalorgane mit Verwachsungssträngen zurück. Die Folgen: dauernde Schmerzen im Unterbauch und Kreuz, verminderte Leistungsfähigkeit, gestörtes Eheleben.

b) Die Entzündungen der Eileiter kann zu ihrem Verschuß führen. Folge: Dauernde Unfruchtbarkeit, die zu psychischen Depressionszuständen und oftmals zur Ehe-zerrüttung führt.

c) In günstigeren Fällen kann es nur zur Verengung des Eileiters durch Narbenzüge oder Schleimhautdefekte kommen. Die Folgen sind: Eileiterschwangerschaften, die wegen der Verblutungsgefahr eine sofortige Operation erfordern. Wegen der Stärke der inneren Blutung kommt es nicht selten zu tödlichem Verlauf. Nach zweimaliger Eileiterschwangerschaftsoperation resultiert dauernde Unfruchtbarkeit.

d) Neben diesen deutlich erkennbaren Folgezuständen nach Abortus artificialis darf nicht übersehen werden, daß bei diesem plötzlichen Zerreißen der innigen Bande zwischen Mutter und Kind das ganze hormonale Geschehen in der Schwangerschaft ins Wanken gebracht wird. Nachdem wir eingangs gesehen haben, wie jede Änderung im hormonal-vegetativen Geschehen beim Weibe auch die psychische Sphäre beeinflusst, ist es begreiflich, daß ein arteficieller Abortus nachhaltige Einflüsse auf die Psyche der Frau ausübt. Die wirkliche Frau kann ihre natürlichen Mutterinstinkte vielleicht vorübergehend aus

irgendwelchen Gründen zurückdrängen, aber nur wenige Frauen können dieselben dauernd überwinden.

Bei gründlicher Durchsicht und nüchterner Überlegung all dieser Argumente kommt man zu dem Schluß, daß der *Abortus artificialis* bestimmt nicht der harmlose, kleine und belanglose Eingriff ist, als der er vielfach angesehen wird.

Man kann nun einwenden, daß eine Freigabe der Schwangerschaftsunterbrechung insofern ein Fortschritt wäre, weil dann die Operation durch sachgemäße erfahrene Hand und unter den günstigsten Bedingungen ermöglicht würde. Diesem Einwand ist aber zu entgegen, daß die üblen Komplikationen hauptsächlich durch die ungünstigen anatomischen Verhältnisse des weiblichen Genitaltrakts verursacht werden. Überdies haben die praktischen Erfahrungen bewiesen, daß durch eine Freigabe der Schwangerschaftsunterbrechung keine Einschränkung der kriminellen Fruchtabtreibung erzielt wird.

Wenn wir nun abschließend diese nüchternen medizinischen Überlegungen und die daraus folgenden Schlüsse mit den Forderungen der katholischen Moral vergleichen, so zeigt sich die Richtigkeit des kirchlichen Standpunktes. Jeder Verstoß gegen die Gesetze der Natur ist eben gleichbedeutend mit einem Vergehen gegen göttliche Ordnung.



KLEINE TEXTE  
ZU THEOLOGIE UND SEELSORGE

---

a) Bereits erschienen:

P. DR. KARL RAHNER S. J.  
DER PFARRER

ERZPRIESTER PFARRER DR. KONRAD METZGER †  
SEELSORGE AUF DER STRASSE UND  
IN DEN HÄUSERN

b) Im Druck:

UNIV.-PROF. DR. A. MITTERER  
PHILOSOPHIE UND THEOLOGIE

PRIOR DR. ALFONS WELL O. PR.  
DIE FUNKTION DES THOMISMUS IN DER  
NEUEREN THEOLOGIE

P. DR. KARL RAHNER S. J.  
KIRCHE DER SÜNDER

c) In Vorbereitung:

P. DR. LEOPOLD SOUKUP O. S. B.  
NATUR UND GNADE  
EINE NÄHERE BESTIMMUNG IHRES GEGENSEITIGEN  
VERHÄLTNISSES

*PFARRER JOSEPH ERNST MAYER*  
NATUR- UND BERUFSSTÄNDE IN DER  
CHRISTLICHEN GEMEINDE

*P. DR. KARL RAHNER S. J.*  
DIE PRIESTERBEICHTE

*ERZPRIESTER PFARRER DR. KONRAD METZGER †*  
DER HIRT IM AUFBAU DER GEMEINDE

*P. GUSTAV E. CLOSEN S. J.*  
DIE HEILIGE SCHRIFT UND DAS BETEN  
DES CHRISTEN

*P. DR. SOIRON O. F. M. †*  
DAS CHRISTUSGEHEIMNIS UNSERES LEBENS

*MONSIGNORE AUGUST SCHAIRHOFER †*  
WIE STELLEN WIR UNS ZUM SOZIALISMUS?

*PROF. DR. JOHANNES KOSNETTER*  
CHRISTENTUM ALS NEUHEIT

*BISCHOF DR. ALOIS HUDAL*  
PRIESTER UND VOLK

*UNIV.-PROF. DR. MICHAEL PFLIEGLER*  
RELIGION UND PÄDAGOGIK