

## Medizinische Gesellschaft zu Kiel.

Sitzung vom 6. Dezember 1934.

Herr Holzappel spricht über das Thema **Notzuchtschwangerschaft und Strafrecht**.

Merkwürdigerweise wird zuweilen das Vorkommen von Notzucht (N.) bestritten. Zum Begriff der N. gehört Gewalt, Drohung oder Betäubung. Hierher kann man nicht ein mehr oder weniger starkes Drängen rechnen, das vielleicht den letzten Widerstand überwinden soll. Begibt sich eine Frau wissend in eine Lage, in der sie mit einem geschlechtlichen Angriff rechnen muß, so bestehen große Bedenken, gegebenenfalls eine Notzucht anzunehmen. Ueberraschung, Bedrohung, rohe Gewalt lähmen die Kräfte der Angegriffenen, so daß auch eine körperlich kräftige Frau sich nicht mehr erfolgreich wehren kann. Ueber die Häufigkeit der Notzuchtschwangerschaft gehen die Meinungen auseinander. H. selbst hat 5 einwandfreie Fälle beobachtet. Die Wirkungen und Folgen der N. sind nicht zu unterschätzen. Die Gefahren der Schwangerschaft und Geburt, die vielen Verwicklungsmöglichkeiten lassen es bei dazu veranlagten Personen zu schweren hysterischen und epileptischen Zustandsbildern kommen. Nur  $\frac{2}{5}$ — $\frac{1}{3}$  von den Notzüchtern sind außerdem psychisch unversehrt. Da nach H. Fälle von N. häufiger sind, als angenommen wird, muß ein Schutz für diese unglücklichen Frauen geschaffen werden. Gleichzeitig muß dem behandelnden Arzt, der die Schwangerschaftsunterbrechung vornimmt, genügende Rechtssicherheit gegeben werden. Nach Erörterung des früheren und geltenden Rechtes schlägt H. folgende Fassung des § 218 vor:

§ 218 lautet in Absatz 1 und 2: Eine Frau, die ihre Frucht im Mutterleib oder durch Abtreibung tötet oder die Abtreibung durch einen anderen zuläßt, wird mit Gefängnis bestraft. Ebenso wird ein anderer bestraft, der eine Frucht im Mutterleib oder durch Abtreibung tötet.

Hier ist nach H. einzufügen: „Straflos bleibt die Handlung, wenn sie wegen nicht geringer Gefahr für Leib und Leben der Frau oder wegen gerichtlich anerkannter Notzuchtschwangerschaft vorgenommen wird.“

Herr K ü m m e l berichtet über **Störung der Ureterfunktion durch abdominelle Prozesse**.

Durch verkalkte, tuberkulöse Lymphdrüsen — es ist nach K. besonders eine bestimmte Gruppe im Winkel zwischen Wirbelsäule und Darmbeinkamm — kann es zu Verziehungen und entsprechenden Funktionsstörungen des Ureters kommen. Ferner geht der Votr. auf die Zusammenhänge zwischen Spasmen des Ureters funktioneller und lithogener Natur und ähnlichen Zuständen im Darm ein, besonders des Kolons, welche zu ausgeprägten Koliken führen. Zum Schluß Hinweis auf die seltene Perforation von Abszessen aus der Nierengegend in die Bauchhöhle.

Aus der langdauernden Aussprache sei nur erwähnt, daß Herr Staemmler bezweifelt, daß es sich bei der erwähnten retroperitonealen Drüsengruppe um tuberkulös erkrankte Drüsen handelt. Diese liegen im Mesenterium, werden aber nicht neben dem Ureter gefunden. Ein anderer Redner hat auch in 10 Fällen von Ureterstörungen verkalkte Lymphdrüsen im Bauchraum beobachtet, die Beschwerden wurden aber durch in 8 Fällen sichergestellte kleinste Uretersteinchen hervorgerufen.

Im Schlußwort spricht Votr. u. a. von der Möglichkeit einer Herkunft geringfügiger Blutungen im Harn bei Abdominalerkrankungen aus den Ureteren und von der notwendigen Vorsicht bei der Diagnose Ureterspasmus im Hinblick auf die Häufigkeit flüchtiger, nicht nachweisbarer Uretersteine.

K. Wolff.

## Allgemeiner ärztlicher Verein zu Köln.

Sitzung vom 5. November 1934.

Herr von Haberer: **Chirurgischer Demonstrationsabend u. a.**

1. Fall von **kardiotonischer Oesophagusdilatation**, den er durch transthorakale Oesophagostomie geheilt hat. Er bespricht das Wesen der Erkrankung und weist darauf hin, daß nur in jenen Ausnahmefällen operiert werden darf, bei welchen die innere Behandlung, Suggestivbehandlung und die Bougierung (nach Stark) erfolglos verliefen. Nur hochgradige Abmagerung und Unmöglichkeit zu schlucken kann schließlich den operativen Eingriff erfordern. v. H. bespricht die verschiedenen Operationsmöglichkeiten und gibt auf Grund der eigenen Erfahrungen an vier in gleicher Weise mit bestem Erfolg operierten Fällen der transthorakalen Anastomose zwischen Oesophagus und Magen den Vorzug. Während in den früheren, von ihm operierten Fällen jedesmal ein psychisches Trauma in der Anamnese nachgewiesen werden konnte, fehlt es bei dem heute vorgestellten Falle. Hingegen spielt bei ihm eine vor 3 Jahren durchgemachte schwere Lungenentzündung mit Pleuraverschwartung eine Rolle. Offenbar hat es sich dabei um Schwielenbildung im hinteren Mediastinum mit Einbeziehung des Vagus gehandelt.

2. **Tuberkulöse Megaspennie** bei einer 41j. Frau, die seit 1930 an einer beiderseitigen, ausgedehnten, inaktiven Lungentuberkulose leidet. Der große Milztumor führte schließlich zu so hochgradigen Beschwerden, daß die Innere Klinik zur Exstirpation riet. Der 1800 g schwere Milztumor ließ sich unschwer exstirpieren und ergab histologisch das Bild von großen Tuberkeln mit ausgedehnter bindegewebiger Induration um dieselben herum. Die Heilung vollzog sich glatt, aber nach derselben kam es zu einer miliären Aussaat in den Lungen mit jetzt positivem Bazillenbefund im Sputum. Wenngleich diese miliäre Aussaat zum Stillstand gekommen ist, bestehen doch heute noch, 4 Monate nach der Operation, die Zeichen einer aktiven Lungentuberkulose. Die Kranke hat sich allerdings gut erholt; es ist aber ein Senkungsabszeß von einer Rippe ausgehend und ein rechtsseitiger offenbar spezifischer Hydrops genuss aufgetreten. An Hand dieses Falles glaubt der Votr., daß erst nach, ja vielleicht durch die Milzexstirpation der Lungenprozeß aufgeflackert und wieder aktiv geworden ist.

3. v. H. bespricht an Hand eindrucksvoller Bilder die Krankengeschichte einer 68j. an Krebsangst leidenden Frau, die allgemeine abdominelle Erscheinungen aufwies. Die Untersuchung des Bauches verlief völlig negativ. Es ergab sich ein Bild, das an die von Eppinger und Heß seinerzeit beschriebene **Vagotonie** erinnerte. Intensive Darmspasmen, welche bei der Kranken zu Koliken führten, waren eigentlich das einzig Faßbare. Bei der Untersuchung zeigte sich als Zufallsbefund ein faustgroßer Tumor des li. Lungenoberlappens. Im Anschluß an diese röntgenologische Untersuchung trat bei der Kranken ein massiver Lungenkollaps auf. Es handelt sich um Atektase nach Bronchusverschluß mit Vermehrung des negativen Druckes im Brustraum und Mediastinalverschiebung. Dieser massive Lungenkollaps gab schließlich die Indikation zum Eingriff, trotz des hohen Alters der Frau. Es konnte bei ihr der faustgroße, intrapulmonal gelegene Tumor, der sich als polymorphzelliges Riesenzellensarkom erwies, ausgeschnitten werden. Nur am Hauptbronchus saß er fest und mußte hier scharf abgetragen werden. Der Eingriff wurde von der Kranken glücklich überstanden, aber die Wunde schloß sich nicht primär, wie sich später zeigte, wohl deshalb, weil eine kleinste Bronchusfistel aufgetreten war. Das Interessante des Falles lag nun darin, daß mit Entfernung des Lungentumors die abdominellen Beschwerden der Frau völlig ausblieben, bis sich einmal an der Stelle der Drainage eine Retention entwickelte. Mit Einsetzen derselben flackerten die abdominellen Beschwerden wieder auf, um nach Beseitigung der Retention sofort und für immer zu verschwinden. Kranke hat mit kleinster Bronchialfistel, die sie weiter gar nicht belästigte, in sehr gutem Zustande die Klinik verlassen und ist später an den Erscheinungen einer Koronarsklerose, die schon vor ihrer Klinikaufnahme nachgewiesen war, gestorben. Der Fall beweist einerseits die Möglichkeit, auch bei alten Leuten Lungentumoren erfolgreich zu exstirpieren, er zeigt andererseits die Berechtigung, von einem vagotonischen Symptomenkomplex zu sprechen, der in dem Falle sicher durch den Druck des Lungentumors auf den Vagus und später durch Druck eines Exsudates auf den Vagus zustande gekommen war.

4. 14j. Knabe mit ausgedehntem **Hypophysentumor**, der als solcher schon 1931 festgestellt worden war. Allmählich hatte der Tumor sogar zur Protusio des rechten Auges geführt. Eine Tiefenbestrahlung 1932 hatte nur vorübergehenden Erfolg. Im letzten Jahre zwang Schlaflosigkeit und fast völlige Erblindung mit dauernden Kopfschmerzen und Schwindel zu einem operativen Eingriff. Dieser wurde vom Votr. am 19. 9. 34 mit Aufklappung der Nase nach Schloffer v. Eiselsberg ausgeführt und es konnte eine außerordentlich große Zyste nach Wegnahme der vorderen Keilbeinwand eröffnet werden. Der Eingriff wurde ausgezeichnet vertragen und die Sehkraft des vorher nahezu erblindeten Kranken hat sich soweit gebessert, daß er jetzt wieder lesen kann. Es wird darauf hingewiesen, daß eine wirklich radikale Entfernung von Hypophysentumoren mittels keiner der gangbaren operativen Methoden möglich ist, so daß eigentlich nur die gutartigen Tumoren wirklich Aussicht auf Dauererfolg geben.

5. 56j. Mann, bei dem am 25. 7. 34 die **rechte Blasenhälfte wegen eines Blasenkarzinoms** erfolgreich entfernt wurde. Der Ureter mußte natürlich reseziert und in die Blase eingenaht werden. Die Operation wurde von einem großen, von einer Spina superior zur anderen reichenden Schnitt ausgeführt, wobei die Experitonisierung der Blase ohne größere Verletzung des Bauchfelles gelungen ist. Kranker hat sich sehr gut von dem Eingriff erholt und die jetzt gezeigten Röntgenaufnahmen zeigen, daß die verkleinerte Blase vollständig ihren Dienst tut; allerdings hat sich die rechte Niere, deren Ureter in die Blase eingepflanzt werden mußte, infiziert, so daß später eine Nephrostomie ausgeführt werden mußte. Unglücklicherweise hat sich der Kranke das Drainrohr aus der Niere herausgerissen, und es konnte nicht mehr eingeführt werden. Ein neuerliches Aufflackern der Infektion führte dann zur Nierenexstirpation. (Selbstber.)

Lukowsky.