

staltet, sondern auch zu den Verrichtungen des zukünftigen Mutterstandes untauglich gemacht wird^(c) und andere, den modernsten, sozialhygienischen Bestrebungen entsprechende Bemühungen eingehende und überaus praktische Besprechung.

B. Ottow (Dorpat).

Berichte aus gynäkologischen Gesellschaften.

4) Geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg.

Sitzung vom 21. Oktober 1913.

Vorsitzender: Herr Rüder; Schriftführer: Herr Schottelius.

Demonstration:

Herr Lomer demonstriert das frisch bei einer Operation gewonnene Präparat eines Tubaraborts. Bei der 36jährigen Pat. waren die Menses 14 Tage über die Zeit ausgeblieben, typische Schmerzattacken waren aufgetreten. Bei der vaginalen Untersuchung Abgang von Klumpen geronnenen Blutes und dicker Decidua, dabei zeigte sich der Muttermund geschlossen; die Schmerzen konnten also nicht etwa als uterine Wehen gedeutet werden. Die Operation bestätigte auch die Diagnose Extrauterin gravidität.

Diskussion: Herr Prochownick ist der Ansicht, daß kein Symptom für Extrauterin gravidität absolut eindeutig und typisch sei; diagnostische Verwechslungen mit entzündlichen Adnexaffektionen kämen trotz eingehendster Untersuchung vor. Eine Eröffnung des Cervicalkanals habe er auch gelegentlich bei ektopischer Schwangerschaft gefunden.

Herr Rüder erwähnt den auf der chirurgischen Station in Eppendorf bei Extrauterin gravidität öfters beobachteten Schulterschmerz.

Herr Lomer weist nochmals darauf hin, daß der Schmerz bei ektopischer Schwangerschaft von Frauen, die geboren haben, nicht mit uterinen Wehen verwechselt werde. Wenn trotz der Schmerzen auch noch die Cervix nicht erweitert sei, so sei dies ein weiteres diagnostisches Hilfsmerkmal für ektopische Gravidität.

Herr Lienau: Über Generationspsychosen und die Unterbrechung der Schwangerschaft bei denselben.

Nach einleitenden statistischen Bemerkungen geht Votr. auf die Prognosenstellung der verschiedenen Autoren ein und stellt fest, daß die Prognose der Generationspsychosen übereinstimmend als recht ernst erscheint. Votr. glaubt, daß für einen Teil der Wochenbett- und Laktationspsychosen schon die Schwangerschaft mit ihren bedeutsamen Veränderungen im Organismus mit verantwortlich gemacht werden muß. Er berichtet summarisch über die von ihm selbst beobachteten 39 Generationspsychosen: Von diesen 39 Fällen sind 16 geheilt, 9 mit Defekt geheilt, 3 erheblich gebessert, 6 verblödet, 3 gestorben und 2 bis jetzt ungeheilt aber noch nicht abgelaufen. Unter diesen Fällen spielt die erbliche Belastung für die Prognostik keine Rolle. Unter den 16 geheilten Kranken waren 4 Fälle schwerer Bewußtseinstrübung (Erschöpfungspsychosen), die anderen 12 Fälle boten Krankheitsbilder, welche ganz vorwiegend auf affektiven Störungen beruhten, meist depressiver Färbung; unter den 23 nicht oder nicht völlig geheilten Kranken sind 21 (91,2%) schwer intellektuell gestört gewesen.

Von den vorgetragenen Krankengeschichten interessieren besonders mehrere Fälle, in welchen während der Schwangerschaft Veränderungen der Persönlichkeit und des Charakters eintraten, welche nicht wieder verloren gingen, sowie mehrere

Fälle, in denen der künstliche Abort in Frage kam. In 2 Fällen, in welchen derselbe abgelehnt wurde, wurde Heilung der Schwangerschaftspsychose durch Anstaltsbehandlung erzielt; in den 4 Fällen des eingeleiteten künstlichen Aborts war ein Erfolg zu verzeichnen. Bezüglich der Indikationsstellung steht Votr. auf dem Standpunkt, daß die Frage des künstlichen Aborts nicht lediglich nach bestimmten Diagnosen beantwortet werden kann. Reagiert die Psychose auf die Generationsvorgänge pathologisch, so wird der künstliche Abort bei Mehrgebärenden angeraten, wenn eine günstige Beeinflussung der Seelenstörung durch den Abort wahrscheinlich und eine Behütung der Mutter vor dauernder Gefahr so sicher erscheint, wie das bei dem gegenwärtigen Stande der Wissenschaft und unter Berücksichtigung der persönlichen Erfahrungen möglich ist. Zu diesen Fällen gehören alle Kranken, welche im Laufe früherer Generationsvorgänge Psychosen mit schweren intellektuellen oder halluzinatorischen Symptomen durchgemacht, außerdem die schweren Depressionen der Psychopathen im Sinne Meyer's und die Fälle der Persönlichkeitsveränderungen, die man wohl als »hebephren« bezeichnen darf. Eine Vergrößerung der Kinderzahl, die Möglichkeit erblicher Belastung sowie eine »soziale« Indikation wird für sich allein nicht anerkannt; wohl aber können solche Punkte dem Gewissen des entscheidenden Arztes eine Beruhigung gewähren.

Bei Erstgebärenden kommt der künstliche Abort nur bei Lebensgefahr der Mutter in Frage; sonst muß auf Anstaltsbehandlung bestanden werden. Im einzelnen werden folgende Möglichkeiten vorgetragen:

1) Die Frau war vor der Schwangerschaft geisteskrank und wird es während der Schwangerschaft wieder; in diesem Falle würde ich mich nur dann zustimmend äußern, wenn die Psychose das Leben der Kranken direkt gefährdet. Sonst würde ich auf Anstaltsbehandlung bestehen und mich ablehnend verhalten.

2) Die Frau wird während der Schwangerschaft zum ersten Male geisteskrank; hier würde ich ebenso verfahren, wie im ersten Falle, nur bei der ausgesprochen psychopathischen Reaktion Friedmann's eingreifen lassen.

3) Wird eine Frau, die früher einmal geisteskrank war, zum ersten Male schwanger, so kann ich aus der früheren Geistesstörung eine Indikation zum Abort nicht herleiten.

4) Eine Frau war während der ersten Schwangerschaft bzw. Wochenbetts geisteskrank und wird es wieder; hier würde für mich außer der Diagnose der ersten Erkrankung vor allem der Eindruck des jetzigen Seelenzustandes und die Berücksichtigung der ganzen familiären Verhältnisse von maßgebender Bedeutung sein.

5) War eine Frau während der Generationsvorgänge zweimal nacheinander geisteskrank, so würde ich, wenn die Entscheidung in meine Hand gelegt würde, unter allen Umständen für Unterbrechung der Schwangerschaft — selbstverständlich zu einem möglichst frühen Zeitpunkte — eintreten.

Bei allen diesen fünf Möglichkeiten will ich unter »geisteskrank« Psychosen verstanden haben, die mit stärkerer Bewußtseinstrübung, Wahnideen und oder Halluzinationen einhergingen (Amentia, Paranoiaformen, Dementia praecox und entsprechende Mischformen, welche anfangs weder dem manisch depressiven Irresein noch der Dementia praecox einzureihen sind), sowie degenerative Charakterveränderungen.

Die Verhütung der Konzeption ist natürlich in jedem Falle vor allem erstrebenswert.

Angesichts der Tatsache, daß der hier eingenommene Standpunkt von dem

sonst üblichen sehr abweicht, beleuchtet Votr. kurz noch die rechtliche und sittliche Seite der Sache und schließt mit dem Satze:

Für mich ist die Leibesfrucht erst mit dem Augenblicke beseelt, wo sie ohne Zusammenhang mit der Mutter lebensfähig ist: so lange sie nicht lebensfähig ist, halte ich sie für einen Teil des mütterlichen Organismus, welcher bei normalen Verhältnissen der Mutter die höchste Freude und das größte Lebensglück bringen, bei krankhaften Verhältnissen aber zu einer Giftblase werden kann, welche gleich anderen kranken Teilen des mütterlichen Organismus beseitigt werden darf.

Diskussion: Herr Deseniss sah in einem Falle von Schwangerschaftspsychose mit Suizidversuchen die Indikation zur Unterbrechung gegeben, nachdem ein Konzilium mit einem Psychiater und einem Internisten sich in gleichem Sinne geäußert hatte. Die Mutter, die sich ein Kind sehr gewünscht hatte, war von ihrem alkoholisch erregten Ehemann geschwängert worden. Der Pat. war ein verblödetes, von einem Trinker stammendes Kind bekannt, und sie fürchtete für ihr Kind ein gleiches Schicksal. Da eine Anstaltsbehandlung nicht durchzusetzen war und die Frau bei Suizidversuchen überrascht war, wurde auf Rat eines Psychiaters und eines Internisten die Gravidität unterbrochen.

Herr Lienau hätte die Anstaltsbehandlung erzwungen oder jede ärztliche Beratung und Intervention abgelehnt.

Herr Prochownik: Die zur Diskussion stehende Frage kann den Gynäkologen im allgemeinen nur technisch interessieren. Tatsächlich wird der Psychiater aber wohl am häufigsten von Gynäkologen in derartigen Fällen um seinen Rat gebeten. Vor längeren Jahren verhielten sich Psychiater und Internisten in solchen Fällen meist strikte ablehnend, ein Standpunkt, der sich inzwischen wesentlich geändert hat. P. lehnt die Unterbrechung ohne vorausgegangene Anstaltsbehandlung ab und bekennt sich im übrigen zu dem von Sängler seinerzeit vertretenen Standpunkt. Eine wichtige Frage ist die Verhütung neuer Konzeptionen. Hier kann nicht aus rassehygienischen, sondern aus rein individuellen Gründen die Tubensterilisation in Frage kommen, wenn ein dauerndes Konzeptionsverbot ausgesprochen wird.

Herr Roesing betont im Sinne des Votr. den ethischen Gesichtspunkt der Schwangerschaftsunterbrechung, der heute leider sehr unterschätzt wird. In dem von Herrn Deseniss mitgeteilten Falle, der dadurch interessant ist, daß die Schwangerschaft das psychische Trauma abgab, hätte R. die Anstaltsbehandlung erzwungen und den Abort strikte abgelehnt. Schließlich konstatiert R., daß eine schädigende Wirkung einmaliger Alkoholgaben auf die Frucht bisher gänzlich unbewiesen sei und solche Fälle keineswegs mit dem degenerierten Nachwuchs notorischer, chronischer Trinker in Parallele zu stellen seien.

Herr Embden schließt sich Herrn Roesing an und ist mit der Lienau'schen Indikationsstellung vollkommen einverstanden. Bei dem so oft an Ärzten gestellten Ansinnen, die Gravidität zu unterbrechen, sind feste Maximen unerläßlich, wie selbsterlebte Fälle beweisen. — Interessant ist, daß chronisch verstimmte Psychopathinnen sich oft nur in der Schwangerschaft wohl fühlen, was wohl auf Stoffwechselveränderungen, die durch die Gravidität bedingt sind, beruht.

Daß trotz hochgradiger Trunksucht gesunde Kinder geboren werden können, ist Tatsache.

Herr Lomer empfiehlt, da sich subjektive Momente, die den Arzt bei Entscheidung der Frage, ob der Abort eingeleitet werden soll oder nicht, doch nicht völlig ausschalten lassen, daß möglichst unvoreingenommene Kollegen zur Beratung herangezogen werden. Vielleicht bewährt sich für derartige, oft sehr schwer zu

entscheidende Fälle die Einrichtung eines Ärztekomitees, das dem behandelnden Arzt stets einen Rückhalt gewähren würde.

Herr Rüder fragt nach der geistigen Entwicklung der Kinder psychopathischer Eltern.

Herr Lienau erwidert, daß von Jolly Untersuchungen dieser Frage angestellt sind; eine normal verlaufene Kindheit, wie sie oft beobachtet werde, sei allerdings nicht entscheidend, da Psychopathien meist erst in späteren Jahren auftreten.

Herr Roesing erwähnt zwei ihm bekannte Fälle geistig sich normal entwickelnder Kinder, die von hochgradig idiotischen Müttern und intellektuell wenig höher stehenden Vätern stammen.

Die Unterbrechung der Schwangerschaft dürfte auch nicht als psychisches Trauma unterschätzt werden, desgleichen die Sterilisation.

Herr Rüder spricht sich für eine individualisierende Stellung in der Frage des Abortus artef. aus und erwähnt einen Fall, bei dem nach eingehender Beobachtung die Schwangerschaft mit bestem Erfolge für die Mutter unterbrochen wurde. Die Pat. hat dann später unter günstigeren psychischen Verhältnissen ein gesundes Kind geboren.

Herr Matthaer hält es nicht für richtig, die Unterbrechung als psychisches Trauma so hoch zu bewerten, wie das in der Diskussion geschehen ist. Da die wahren Schwangerschaftspsychosen als echte Toxikosen aufgefaßt werden müssen, ist vielmehr zu erwarten, daß mit der Entleerung des Uterus auch das ursächliche Moment ausgeschaltet wird.

Herr Lienau empfiehlt im Schlußwort, sich bei Graviditätspsychosen stets die Frage vorzulegen, wie wird die Unterbrechung auf die Psyche der Frau einwirken und daran zu denken, daß die Unterbrechung auch eine Melancholie zur Folge haben kann. Wenn auch die Anstaltsbehandlung unter Umständen eine zweischneidige Sache sein könne, so soll sie doch in jedem Falle versucht werden. Die Sterilisation lehnt L. in jedem Falle ab. Von der Abderhalden'schen Reaktion erhofft L. auch für die psychiatrische Diagnose erfreuliche Resultate.

Allgemeine Geburtshilfe.

- 5) **W. H. Morley** (Detroit, Michigan). Der Kalkgehalt des Blutes während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. (Surgery, gynecology and obstetr. Vol. XVII. Nr. 3.)

Zu den Untersuchungen wurde die Kalkbestimmungsmethode von W. Blair Bell verwendet, die eingehend beschrieben wird: 100 cmm Blut werden in einer kleinen Kapsel oder Flasche mit 250 cmm einer wäßrigen Lösung von Oxalsäure 1 : 30 gemischt und 10 Minuten gut geschüttelt. Dazu werden dann 250 cmm einer Lösung von 95 Teilen 1%iger Essigsäure und 5 Teilen Glyzerin gebracht und 10 Minuten stehen gelassen. Nach erneutem Durchschütteln werden 100 cmm des Inhalts der Kapsel in einer zweiten Kapsel mit 500 cmm destillierten Wassers gemischt. Aus dieser Verdünnung wird jetzt der Kalkgehalt folgendermaßen bestimmt: Ein Tropfen wird in die Thoma-Zeiss'sche Zählkammer gebracht, und dann werden die Kalziumoxalatkristalle, wie Blutkörperchen in wenigstens 250 Quadraten ausgezählt. Wenn durchschnittlich 1 Kristall auf 1 Quadrat kommt, so spricht man von einem Kalziumindex von 1. Dieser entspricht, wie sich ergeben hat, einer CaO-Lösung von 1 : 6000. Der Kalziumindex des normalen Menschenblutes ist 1,2 bis 1,5, d. h. es kommen 1,2 bis 1,5 Kristalle auf