

Kalte Abszesse werden unter keinen Umständen gespalten, sie müssen frühzeitig erkannt und frühzeitig punktiert werden, und zwar nicht mit dem Trokar, sondern mit einer möglichst feinen Hohlnadel, durch die mit einer grossen Saugspritze der Inhalt entleert wird. Man soll stets vom oberen Rande her und aus dem Gesunden heraus schräg den Abszess anstechen, damit nicht Fisteln entstehen. So kann man bis 2 mal täglich den Abszess aussaugen, ohne dass er zum Durchbruch kommt. Die Punktion ist unter Umständen bis zu 100 mal notwendig, meist aber verschwinden die kalten Abszesse schnell. Jodoformglyzerin oder andere Mittel werden niemals eingespritzt.

Knochensequester werden nicht operativ entfernt, sie resorbieren sich unter der geschilderten Behandlung ausnahmslos. Ebenso schliessen sich grössere Höhlen, die mit sonstigen abgestorbenen Massen ausgefüllt sind, mit Knochen.

Die bei Beginn der Behandlung nur allzu häufig bereits vorhandenen krankhaften Gelenkstellungen (Zwangsstellung, Subluxation, X-Beine etc.) werden durch Lagerungsmethoden beseitigt, die den Zutritt der Sonnenstrahlen nicht behindern. Nach der klinischen und röntgenologischen Ausheilung der erkrankten Gelenke der unteren Gliedmassen lassen wir durchschnittlich für 3 Monate im Gelenk bewegliche Entlastungsapparate tragen, um den Kranken an die Benutzung und Belastung der ausgeheilten Glieder allmählich wieder zu gewöhnen.

Meines Erachtens kann der praktische Arzt ohne weiteres folgende Fälle auf die geschilderte Weise selbst behandeln:

1. alle Fälle von Drüsentuberkulose;
2. alle Fälle von tuberkulösen Hauterkrankungen;
3. alle Fälle von Knochen- und Gelenktuberkulose, die nicht bereits zu schweren Zerstörungen und verkehrten Stellungen der Wirbelsäule, der Glieder und der Gelenke geführt haben.

Will er auch die letzteren Fälle behandeln, so muss er eine, wenn auch nur bescheidene klinische Abteilung zur Verfügung haben und vor allem muss er sich genaue Kenntnisse verschaffen über die Lagerungs- und Zugapparate, mit denen die verkehrte Stellung (der Buckel bei der Wirbelsäulenentzündung, Beugekontrakturen, Subluxationen) beseitigt wird. Für die Behandlung der schwierigen Fälle sind auch gewisse spezialistische chirurgische Kenntnisse notwendig. Der Arzt, der diese Vorbedingungen nicht erfüllt, sollte die Hände von solchen schweren Fällen lassen.

Wir wenden grundsätzlich nur die einfachsten Apparate an, die sich auch hier als das Beste erwiesen haben. In einem demnächst erscheinenden Buche meines Assistenten Kisch, der die Tuberkuloseabteilung unserer Klinik leitet, sind diese Verfahren genau beschrieben. Aerzte, die sich für die Erlernung des Heilverfahrens der chirurgischen Tuberkulose interessieren, sind uns willkommen. Sie können es in der unserer Klinik angegliederten Heilanstalt in Hohenlychen, die 250 Betten hat, erlernen. In der nächsten Zeit eröffnen wir in Berlin ein grosses Ambulatorium für 400 Kranke, das unserer Klinik angegliedert wird. Diese Anstalt verdanken wir dem Entgegenkommen der Stadt Berlin und des preussischen Kultusministeriums. Sie ist errichtet auf einem früheren Exerzierplatz. Ich hoffe, dass auch diese Anstalt eifrigst von Aerzten besucht wird. Die Not der Zeit erfordert es, dass auch der praktische Arzt sich mit der Behandlung unserer verderblichsten Volksseuche befasst. Wer nähere Auskunft haben will, wende sich an Dr. Kisch, Berlin, Ziegelstrasse 5/9, Universitätsklinik.

Ich bemerke noch, dass die Behandlung der chirurgischen Tuberkulose ausserordentlich dankbar ist. Wir treffen keinerlei Auslese und nehmen selbst die allerschwersten Kranken, sogar solche mit Amyloidartung, auf. Wegen grossen Zudränges zu unserer Anstalt müssen wir sogar die leichteren Fälle meist zurückstellen und vorläufig ambulant behandeln; trotzdem heilen wir in Hohenlychen nach unserer bisherigen Erfahrung über 70 Proz. der Fälle aus. Der Prozentsatz würde noch viel höher sein, wenn wir nicht so häufig aus äusseren Gründen, d. h. weil die Geldmittel fehlen, die Kranken vorzeitig wieder entlassen müssten. Könnten wir wirklich die Behandlung durchführen, so wie es sein sollte, so würde meines Erachtens nur ein ganz geringer Prozentsatz ungeheilt bleiben, um so mehr, wenn wir weniger vorgeschrittene Fälle in Behandlung bekämen. Aber auch die allerschwersten Fälle heilten häufig über alles Erwarten aus.

Jedenfalls stehen die Heilerfolge, die wir mit der oben erwähnten kombinierten Behandlung erreichen, in keiner Weise hinter denen im Hochgebirge zurück.

Wir hatten in der Hohenlychener Anstalt 3,8 Proz. Todesfälle (siebenjähriger Durchschnitt). Die Haupttodesursachen waren Meningitis tuberculosa (deren Ausbruch durch die genannte Behandlung nicht verhütet wird), Amyloid, von den übrig bleibenden Fällen in der grössten Mehrzahl über Krankheiten, die mit der Tuberkulose nicht in Zusammenhang standen.

Die Behandlung währt bei schwereren Fällen durchschnittlich etwa 10 Monate. Es ist zu empfehlen, dass die Kranken nach ihrer Ausheilung gewohnheitsmässig Sonnenbäder weiter nehmen.

Vor allem muss die Diagnose sorgfältig gestellt werden. Uns wurden nicht nur Fälle mit entschuldigen Fehldiagnosen (Syphilis der Knochen und Gelenke, Gonorrhöe, chronischer Rheumatismus der Gelenke, chronische, nichttuberkulöse Drüsenschwellungen, Knochensarkome) zugegeschickt, sondern wir sahen, dass gemeine Ganglien, Plattfüsse, Beingeschwüre, akute Lymphadenitis als Tuberkulosen mit dem Friedmannschen Mittel gespritzt waren.

Soziale Medizin und Aerztliche Standesangelegenheiten. Eingabe der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde und der Gynäkologischen Gesellschaft Dresden an den Deutschen Reichstag

betreffs der eine Abänderung der §§ 218—220 des StGB.
verlangenden Gesetzesvorlagen¹⁾.

Mit tiefer Sorge hat die überwiegende Mehrzahl der Aerzte Deutschlands Kenntnis genommen von den dem Reichstag eingereichten beiden Anträgen auf Abänderung bestehender Gesetzesvorschriften, wonach die Abtreibung der Leibesfrucht für straflos erklärt werden soll.

Auch der Verein für Natur- und Heilkunde und die Gynäkologische Gesellschaft Dresden erachten sich, durchdrungen von dem Ernst der Lage, für verpflichtet, gegen diese Abänderungsvorschläge schärfsten Einspruch zu erheben sowohl im Interesse der gesamten Volkswohlfahrt wie der ganzen Aerzteschaft. Denn die Aerzte sind es, denen die praktische Durchführung der vorgeschlagenen Bestimmungen tatsächlich übertragen würde. Sie dürfen daher auch in allererster Linie das Recht beanspruchen als Obergutachter in diesen Fragen gehört zu werden.

Die beiden ärztlichen Gesellschaften sind zwar nicht der Meinung, dass der Antrag Aderhold und Genossen, der die gänzliche Aufhebung der sog. Abtreibungsparagraphen verlangt, von ärztlicher Seite aus ernstlich erörtert werden kann. Aber auch gegen den milderen, von Frau Schuch und Prof. Radbruch eingereichten, von einer Anzahl Abgeordneter unterstützten Antrag, der folgenden Zusatz zu den Gesetzesparagraphen verlangt:

„Die in den §§ 218 und 219 des StGB. bezeichneten Handlungen sind nicht strafbar, wenn sie von der Schwangeren oder einem staatlich anerkannten (approbierten) Arzte innerhalb der ersten 3 Monate der Schwangerschaft vorgenommen worden sind.“

müssen schwerwiegende Bedenken erhoben werden. Auch bei Annahme dieses Antrags — der sich in seinen Grundzügen übrigens mit demjenigen deckt, der im Mai 1919 dem Grossen Rat des Kantons Basel-Stadt eingereicht, aber infolge der Erkenntnis breiter Volksschichten und vor allem dank einer von Prof. Labhardt verfassten Eingabe der Medizinischen Gesellschaft Basel abgelehnt worden ist — würde nicht nur die Frucht im Mutterleibe geschützt, sondern es würde auch das soziale Interesse der Volksgesamtheit zurückgedrängt werden hinter individualistische Ansprüche einzelner Glieder, die die Betonung ihrer Eigeninteressen für wichtiger erachten.

Aufgabe einer medizinischen Gesellschaft kann es nicht sein, in eine genauere Erörterung der gelegentlich betonten Motive einzutreten, die zu dem Verlangen nach Abschaffung oder Einschränkung der Gesetzesparagraphen geführt haben. Nur auf die innerhalb des medizinisch-hygienisch-ethischen Gebietes liegenden Begründungen sei hier hingewiesen.

Die Erschwerung der Erwerbsmöglichkeiten, die ungeheure Verteuerung der Lebenshaltung, insbesondere die jetzt bestehenden Schwierigkeiten in der Beschaffung von Wohnung, Wäsche, Kleidung usw., ferner die zunehmende Häufigkeit von Geburten schwächlicher oder kranker Kinder infolge der jetzt so grossen Verbreitung der Syphilis können zur generellen Abtreibung der Leibesfrucht keine Berechtigung geben. Denn vom Standpunkt des Arztes muss darauf hingewiesen werden, dass der ärztliche Berater hier wie dort andere Hilfs- und Heilmittel kennt als eine so einschneidende Massnahme, wie sie die Unterbrechung einer bestehenden Schwangerschaft bedeutet.

Auch die Motivierung, dass der Schwangeren das „freie Verfügungsrecht über den eigenen Körper zustehe“, berührt neben dem juristischen und gesellschaftlichen schon ärztliches Gebiet. Denn abgesehen von der Frage, ob nicht die Frucht im Mutterleibe neben der Mutter und dem Erzeuger ein drittes Wesen ist, das der Staat aus eigenstem Interesse wie aus sozialen und ethischen Gründen zu schützen für unbedingt notwendig erachten sollte, mag auch ärztlicherseits darauf hingewiesen werden, dass die schwangere Frau in ihren Entschlüssen doch meistens von ihrem Partner abhängig ist, der sich der Unterhaltspflicht für das zu erwartende Kind allzu oft schon beizeiten zu entziehen sucht und dadurch der hoffenden Frau körperlich und seelisch häufig genug schweren Schaden zufügt.

Was die Folgen der Annahme des Gesetzentwurfs Schuch-Radbruch anbelangt, so würde sie bedeuten:

1. die Gefahr einer weiteren beträchtlichen Herabsetzung der Kinderzahl, also der Gesamtbevölkerung. Wenn manche die Ansicht vertreten, dass eine Bevölkerungszunahme zur Jetztzeit nicht erwünscht sei, weil sie eine Erschwerung des Erwerbs und der Ernährung bedinge — eine Auffassung, gegen die bekanntlich gerade bei sozialer Betrachtungsweise gewichtige Einwände erhoben worden sind —, so dürfte doch nicht zu bestreiten sein, dass ein weiterer Rückgang der Geburtenziffer nach allen Folgen des Krieges und der fortgesetzten Blockade eine vernichtende Wirkung auf das deutsche Volkstum ausüben würde. Schon jetzt beträgt die Häufigkeit der Fehlgeburten in Grossstädten 20 Proz. aller Geburten gegenüber 10 Proz. der Vorkriegszeit!

¹⁾ Verfasst und vorgetragen von Geheimrat E. K e h r e r, staatl. Frauenklinik Dresden.

2. Die schwersten Gesundheitsschädigungen würden zum mindesten bei den Frauen eintreten, die nach dem Gesetzesvorschlag selbst abtreiben dürfen; sie werden aber auch bei einem nicht geringen Prozentsatz der vom Arzt eingeleiteten künstlichen, oder besser gesagt kunstgerecht ausgeführten Fehlgeburten nach wie vor zu erwarten sein. Diese Schädigungen ergeben sich im wesentlichen aus drei Gründen: aus dem beträchtlichen Blutverlust, der fast bei jeder Fehlgeburt unvermeidbar einzutreten pflegt, aus Verletzungen der Scheide und Gebärmutter oder anderer Organe der Bauchhöhle und aus den Infektionen, die mit hohem Fieber und Schüttelfrösten verbunden sind und durch Blutvergiftung (Sepsis) und eitrige Bauchfellentzündung (Peritonitis) erfahrungsgemäss häufig zum Tode führen. Diese sog. fieberhaften Aborte sind im günstigen Falle von lang anhaltendem Siechtum und dauernder Unfruchtbarkeit im Verein mit körperlicher und seelischer, oft nicht mehr zu beseitigender Schwächung begleitet. Dabei ist noch zu berücksichtigen, dass es sich bei den Unheilichen, die von den Folgen der Annahme der Gesetzesvorlagen in erster Linie betroffen würden, in der Regel um junge, blühende Menschenleben und bei den Verheirateten nicht selten gerade um die Mutter zahlreicher, im zarten fürsorgebedürftigen Alter befindlicher Kinder handelt.

3. Durch das Bewusstsein der leichten Abtreibungsmöglichkeit würden viele Männer und vor allem unverheiratete Frauen, die Bedenken und die Hemmungen, zu denen sie die Möglichkeit einer Schwangerschaft veranlasst, verlieren und dazu geführt werden, rücksichtslos und verantwortungslos auf antikonzepzionale Massnahmen zu verzichten. Dadurch aber würden die Frauen — eheliche wie uneheliche — einer noch wesentlich häufigeren Zahl von Schwangerschaften und Fehlgeburten ausgesetzt, wie schon bisher, und durch die Summation der Aborte würden alle vorhin erwähnten Gefahren vermehrt. Und der Brutalität des Mannes gegen die Frau und der Unsittlichkeit und Verrohung breiterer Volkskreise würden dadurch Tür und Tor geöffnet. Und es wäre wiederum die Frau, die auf diese Weise weit mehr zu leiden hätte als durch Austragung ihrer Schwangerschaft, oder durch eine kunstgerecht geleitete Geburt, oder selbst gar durch eine Bestrafung der Abtreibung nach den bisherigen Gesetzesparagrafen.

4. Die Gewissheit der leichten Abtreibungsmöglichkeit müsste auch zu einer noch grösseren, fast schrankenlosen Zunahme des ausserehelichen Geschlechtsverkehrs und damit vor allem der Geschlechtskrankheiten führen. Dadurch würden die gerade in der jetzigen Zeit so notwendigen und erfolgreichen Bestrebungen zur Einschränkung dieser Erkrankungen ausserordentlich erschwert, wenn nicht gar unmöglich gemacht.

Auf die Bedeutung der beiden letztgenannten volkshygienischen Gefahren, denen vor allem die Jugend ausgesetzt wird, kann von ärztlicher Seite aus nicht dringend genug hingewiesen werden.

5. Die Durchführung der Gesetzesvorschläge würde auch eine Minderung der für unverletzlich und heilig angesehenen Mutterpflichten bedeuten. Auch hierin berührt sich das ärztliche Interesse innig mit dem sozial-ethischen, weil gerade der Arzt als Helfer und Berater dazu berufen ist, die Pflichtauffassung innerhalb der Familie zum Nutzen und Frommen der Nachkommenschaft und somit im Interesse des Staates und der Gesellschaft soweit wie möglich zu fördern.

6. Die Annahme der Gesetzentwürfe würde auch den moralischen Niedergang des deutschen Volks herbeiführen und damit eine grosse Kulturaufgabe in einem freilich recht einfachen negativen Sinne zur Lösung bringen. Es ist eigenartig genug, aber es findet seine Vorbilder in der Geschichte der dem Untergang verfallenen Völker, dass Frauen es sind, die das beliebige Verfügungsrecht über den eigenen Körper, selbst im Zustande der Schwangerschaft, so sehr betonen, und es ist schwer zu verstehen, dass gerade von ihrer Seite aus der dem Reichstag vorliegende Gesetzentwurf gefördert worden ist. Und doch sollte man meinen, dass gegen derartige einschneidende Massnahmen gerade die Frauen die allergrössten Bedenken haben sollten, und zwar vom Standpunkt der Hygiene ihres eigenen Körpers, ihrer Stellung gegenüber dem Manne, ihrer sozialen Aufgabe gegenüber der kommenden Generation und dem von der modernen Naturwissenschaft betonten Ewigkeitswert der Leibesfrucht.

Aber auch mehr technische Bedenken sind es, die gegen die geplanten Aenderungen der Gesetzesparagrafen zu erheben sind.

7. Ganz irrig ist die, wenn auch weitverbreitete Ansicht, dass die Schwangerschaftsunterbrechung in den ersten 3 Monaten ein harmloser Eingriff sei. Das ist sie selbst dann nicht, wenn sie durch Aerzte nach den Grundsätzen der medizinischen Wissenschaft und Technik vorgenommen wird. Sie ist — im Gegensatz zu den Geburten — in der Regel an ein operatives Verfahren geknüpft und mit den bereits hervorgehobenen Gefahren belastet.

8. Sodann ist es unmöglich, die 3-Monats-Grenze generell oder im Einzelfall mit genügender Genauigkeit zu bestimmen. Abgesehen davon, dass über die Ansicht, dass vor Ablauf des 3. Schwangerschaftsmonats der Nasciturus nur ein „pars viscerum mulieris“ und noch kein Mensch sei, weil er noch keine Seele besitze, hier nicht gesprochen werden kann, so ist doch zu betonen, dass die Angaben der Frauen über die zuletzt stattgefundene Menstruation oft sehr trügerisch sind. Auch ist der Tag des befruchtenden Beischlafs meist unbekannt. Eine objektive Untersuchung auf Schwangerschaft setzt grosse Uebung und Erfahrung voraus und kann trotzdem vor Irrtümern nicht immer bewahren. Und wie soll die Schwangerschaft bestimmt werden? — im Sinne der dem

Arzt geläufigen Mondmonate oder, dem Laien entsprechend, nach Kalendermonaten? Das alles sind Klippen genug, an denen ein Scheitern möglich ist, und dieses Scheitern kann bei der geplanten Gesetzesabfassung einer gerichtlichen Bestrafung des Arztes gleichkommen, wenn er, statt vor der 12., erst in der 13. oder einer späteren Woche die Schwangerschaft unterbricht, was etwa durch Bestimmung der Länge der abgegangenen Frucht festgestellt werden könnte. Und wenn man einwenden wollte, dass der Arzt für einen solchen Rechenfehler kaum verantwortlich gemacht werden, geschweige denn eines fahrlässigen oder gar schuldhaften Eingriffs bezichtigt werden dürfte, so ist doch die Rechtslage für den Arzt eine so ungewisse, dass er gut daran tun wird, sein Vertrauen nicht in sie zu setzen. Zum mindesten müsste doch der Gesetzesvorschlag lauten: „ungefähr innerhalb der ersten 3 Monate“.

9. Die Annahme der Abänderungsanträge würde endlich auch eine Degradation des Aertzstandes bedeuten. Denn mancher Arzt, der in den verhältnismässig seltenen Fällen von künstlichem Abortus bisher den strengen Indikationen der medizinischen Wissenschaft und Erfahrung folgte, der also den Eingriff nur im Falle bestehender Gefahr für Leben oder Gesundheit der Schwangeren vornahm, sofern diese Gefahr durch kein anderes Mittel abgewendet werden konnte, mancher Arzt, der sich bei rein speziellen und rassehygienischen (eugenischen) Gesichtspunkten bisher der Schwangerschaftsunterbrechung gegenüber ablehnend verhielt, würde durch eine Gesetzesbestimmung in der angeregten Form dazu verleitet werden, dem Wunsche der Schwangeren auf Vornahme der Abtreibung zu entsprechen und sich damit zu einem indikations- und schrankenlosen Abtreiben nach dem Willen des Laien hinzugeben. Die Anzeigestellung zur Schwangerschaftsunterbrechung würde somit dem Arzt auf die Schwangere oder, tatsächlich, meistens auf den Erzeuger der Frucht, als den intellektuellen Urheber des Ansinnens, übergehen und dem Manne würde zugleich das Recht zuerkannt werden, die Gesundheit der Frau zu gefährden.

Es kommt hinzu, dass sich einzelne Aerzte der genannten Art infolge dieser Eingriffe gegen das keimende Leben Vorteile zuwenden würden, auf welche die anderen — und das ist und bleibt die weit überwiegende Mehrzahl aller deutschen Aerzte — kraft ihrer ethischen Ueberzeugung und ihrer wissenschaftlich-medizinischen Erfahrung verzichten müssten. Auf der einen Seite würde also den weitesten Kreisen des Aertzstandes ein erster Schaden zugefügt, auf der anderen Seite würde die ärztliche Ethik grossen Gefahren ausgesetzt und einer Heranzüchtung minderwertiger Persönlichkeiten, wie sie in keinem Stande ganz fehlen, Vorschub geleistet.

Aber die Gefahren für den Aertzstand sind noch grösser. Da der Antrag von Frau Schuch und Prof. Radbruch fordert, dass jede schwangere Frau die Fehlgeburt selbst einleiten darf, so kann jeder Arzt bei einer etwaigen Ablehnung des von ihm verlangten Eingriffs in einen ersten Wissenskonflikt dadurch kommen, dass ihm die Schwangere erklärt, sie werde nun selbst, wenn auch auf die Gefahr schwerer fieberhafter oder gar tödlicher Infektion hin, die Frucht abtreiben. In solchen Fällen könnte ein Arzt unter Umständen in die Lage kommen, die künstliche Fehlgeburt einleiten zu müssen, um die Frau vor der drohenden Lebensgefahr zu bewahren, in die sie sich mangels Kenntnis des richtigen Verfahrens fast unvermeidlich begeben würde.

Und wie endlich, wenn die Öffentlichkeit aus dem gedachten Gesetz eine Verpflichtung zur ärztlichen Schwangerschaftsunterbrechung herleitete? Könnte dann nicht der Fall eintreten, dass der Arzt für die tödliche Infektion, die sich der Schwangere selbst — im Falle der erfolgten Ablehnung des Eingriffs durch den Arzt — beigebracht hat, von den Angehörigen haftbar gemacht werden würde?

Eine letzte Folge des geplanten Gesetzes für den Aertzstand und damit auch für die ganze Volkswohlfahrt wäre, dass sich dem Studium der Medizin künftig Unfähige und Unstrebsame in grösserer Zahl zuwendeten, die nun wissen, dass sie dereinst auch ohne tiefere Kenntnisse der medizinischen Wissenschaft als ärztliche Abtreiber mühelos ihr Brot verdienen können.

Das alles sind Gründe, welche die vorgeschlagenen Gesetzesänderungen als unannehmbar nicht nur für den einzelnen Arzt und für den gesamten Aertzstand, sondern in allererster Linie als in höchstem Masse bedenklich, ja gefährlich für die gesamte Bevölkerung erscheinen lassen.

Es halten daher der Verein für Natur- und Heilkunde und die Gynäkologische Gesellschaft Dresden für ihre Pflicht, vom medizinisch-hygienisch-ethischen Standpunkt aus in letzter Stunde eindringlich ihre warnende Stimme zu erheben. Alle diejenigen, die bedingt oder bedingungslos für die Gesetzesvorschläge eingetreten sind, seien zu einer erneuten Nachprüfung derselben aufgefordert, damit nicht das wahrlich schwer genug leidende deutsche Volk in noch tieferes Elend herabsinke und damit nicht ein furchtbarer Irrtum zu spät und am Grabe derjenigen Frauen sich offenbare, welche der für die Einzelne wie für die Gesamtheit gleich gefährlichen Idee der straflosen Abtreibung zum Opfer gefallen, ja — so würde man dereinst sagen müssen — geopfert worden sind.

Mit der Ablehnung der genannten Aenderungsvorschläge bestehenden Rechtes seitens der beiden medizinischen Gesellschaften Dresden soll aber nicht gesagt sein, dass sie die sog. Abtreibungsparagrafen in ihrer jetzigen Form aufrechtzuerhalten wünschen. Sie sind vielmehr im Einklang mit weit verbreiteten Anschauungen medizinischer, juristischer und anderer Kreise der Auffassung, dass die dem alten preussischen Landrecht entsprungene Paragrafen des Strafgesetzbuches für das Deutsche Reich bei der in Vorbereitung begriffenen Strafrechtsreform

in fast jeder Hinsicht verbesserungs- und abänderungsbedürftig sind, dass sie insbesondere eine mildere Fassung für die schwangere Frau erhalten sollten, während auf der anderen Seite ein verschärftes und beschleunigtes Vorgehen gegen die professionellen kriminellen Abtreiber — etwa auf der Grundlage einer Strafreierklärung der anzeigenden schwangeren Frau — dringend geboten erscheint. Vor allem möchte die jetzt vorgesehene Strafe, insbesondere die entehrende Zuchthausstrafe, für die Schwangere nicht mehr beibehalten, der Versuch der Abtreibung, falls schädliche Folgen ausbleiben, in anderem Sinne wie bisher beurteilt werden; auch möchte der Schwangeren Strafaufschub bis nach Ablauf der Schwangerschaft im Interesse ihrer selbst wie besonders der Leibefrucht zubilligt werden. Durch diese Vorschläge würde dem modernen Volksempfinden in etwas der Notlage, welche zurzeit viele Abtreibungen gerade nach den Erfahrungen der Aerzte veranlasst, in weiterem Umfang Rechnung getragen werden. Und die schwangere Frau bliebe vor manchen Gefahren des Leibes und der Seele bewahrt, denen sie bei den jetzigen gesetzlichen Bestimmungen leider allzusehr ausgesetzt ist.

Fortbildungsvorträge und Uebersichtsreferate.

Zur Diagnose und Behandlung des Magengeschwürs*).

Von Hofrät Dr. Hans Dörfler in Weissenburg i. B.

I. Zur Diagnose des Magengeschwürs.

M. H.! Auf 161 von 1903 bis Dezember 1919 von mir ausgeführte Laparotomien wegen Magenkrankheiten treffen 64 Bauchschnitte wegen Magengeschwürs und seiner Folgen. Zu den Erfahrungen dieser Autopsien in vivo sind seit 1914 die diagnostischen Erfahrungen, die uns durch die Röntgenuntersuchung zuteil geworden sind, getreten. Bei der Häufigkeit des in Rede stehenden Leidens erscheint es mir erlaubt, in unserem Kreise von praktischen Aerzten diese Erfahrungen zusammengefasst mitzuteilen und mit Ihnen zu besprechen hauptsächlich hinsichtlich der Diagnose und der heute am zweckmässigsten erscheinenden Behandlung.

Die verlässlichsten Zeichen eines unkomplizierten Ulcus rotund. ventriculi sind, wie Sie alle wissen, Magenblutung, Schmerzen nach Aufnahme schwerer Kost, bestimmt lokalisierter Druckschmerz bei gleichzeitiger Chronizität des Leidens; als weiteres brauchbares Symptom, das für ein rundes Magengeschwür spricht, wurde bisher seine temporäre Heilbarkeit durch eine Leube'sche Ulcuskur angesehen. Im folgenden möchte ich auf Bekanntes nicht weiter eingehen, sondern nur das vorbringen, was meine Erfahrung die bisherige Lehre ergänzend oder auch von ihr abweichend gelehrt hat.

Dass das Blutbrechen das zuverlässigste Zeichen eines Magengeschwürs ist, steht fest; haben wir dieses durch die Anamnese festgestellt, so haben wir festen Boden unter den Füßen. Blutungen aus dem Oesophagus oder aus geplatzten Blutgefäßen, wie sie bei der Leberzirrhose beobachtet werden, sind so extrem selten, dass sie an der Bedeutung der Magenblutung für die Diagnose „Magengeschwür“ nichts zu ändern vermögen. Differentialdiagnostisch wertvoll ist mir hierbei der Umstand erschienen, dass die Zirrhosenblutung meist wie der Blitz aus heiterem Himmel und meist nur bei Potatoren vorkommt, während bei Ulcusblutung eine Ulcusanamnese mit hochgradiger Empfindlichkeit gegen schwere Speisen nicht zu fehlen pflegt; immerhin habe ich auch solche überraschende Ulcusblutungen ohne eine solche Anamnese in ganz seltenen Fällen beobachtet.

In differentialdiagnostischer Beziehung kommt sonst eigentlich nur die Unterscheidung in Betracht, ob die Blutung aus einem Ulcus rotundum oder einem Magenkarzinom stammt. In seltenen Fällen, besonders bei jugendlichen Individuen, kann hier in der Tat eine Schwierigkeit entstehen; für gewöhnlich ist die Entscheidung aber nicht schwer. Bei Karzinom, das zur Magenblutung führt, ist gewöhnlich ein Tumor zu fühlen und doch auch bereits eine gewisse Kachexie, die ja gerade bei den Ulcuskranken fehlt, vorhanden. Das fahle Aussehen, die seit Monaten beobachtete Abmagerung, der Ekel vor Fleisch etc. lassen uns doch schon gleich das Richtige vermuten. Dann ist auch das Aussehen des Erbrochenen beim Krebskranken allermeist von dem des Ulcuskranken deutlich zu unterscheiden. Die ganz seltenen Fälle, wo auch bei Magenkarzinom reichliche geronnene schwärzliche und bräunliche Massen erbrochen werden, ausgenommen, erbrechen die Krebskranken meist die bekannte kaffeesatzbraune, oft übelriechende Flüssigkeit, hier und da mit Blutgerinnsel vermischt, meistens ohne solche, da bei blutenden Karzinomkranken meist die Blutungen in das Mageninnere kontinuierlich und in kleinen Mengen erfolgen und so eine innige Vermengung des Blutes mit den Magensäften, eine weitergehende Verdauung desselben und so stärkere Veränderung des Blutfarbstoffes eintritt, als dies bei der meist abundanten und damit rasch zum Brechen reizenden Magengeschwürsblutung der Fall ist. Dann besteht für mich kein Zweifel, dass das richtige Blutbrechen bei Magenkarzinom überhaupt an sich ein viel selteneres Ereignis darstellt als bei Ulcus, so dass eine richtige Magenblutung uns eher noch in Zweifelsfällen die tröstliche Aussicht auf das Vorhandensein eines Ulcus, also eines gut heilbaren Leidens, eröffnet. Wenn wir

*) Vortrag, gehalten in der Aprilsitzung 1920 des Aerztl. Bezirksvereins für Südfranken.

allerdings Fälle vor uns haben, die wir seit Jahrzehnten als Ulcuskranken mit durchgemachter Blutung kennen, bei denen sich infolge Versäumens der richtigen Therapie ein Karzinom aus dem Ulcus entwickelt hat und nun nach Jahren eine neue Blutung auftritt, kann die Differentialdiagnose schwierig werden. Der allgemeine Habitus, die charakteristische Krebskachexie¹⁾ werden uns aber auch hier gute Wegweiser sein. Bei den grossen Magenblutungen — und diese sind es fast ausschliesslich, mit denen wir in der Praxis zu tun haben — fehlt natürlich Blut im Stuhl niemals. Dass es sich dabei nicht um Entleerung von hellem oder dunklem Blut, wie es für Hämorrhoiden charakteristisch ist, sondern um Abgang der bekannten schwarzbeerbrei- oder teerfarbigen, dünnbreiigen Stühle, dem Resultate der Blutveränderung unter Einwirkung der Verdauungssäfte handelt, wissen Sie alle; auch das bei Magengeschwüren erbrochene Blut ist meist infolge der Einwirkung der Magensäfte von schwärzlicher oder dunkelbrauner Farbe, zum Teil koaguliert, häufig anfangs mit Speiseresten vermischt; sein Ursprung kann schon mit Rücksicht auf die hellrote und schaumige Beschaffenheit der Lungenblutung und besonders mit Rücksicht darauf, dass die genaue Nachfrage immer ergeben muss, dass bei Magenblutung das Blut nicht durch Husten, sondern durch einen Brechakt heraufbefördert wird und sofort ausbleibt, wenn das Erbrechen fehlt, um so weniger zweifelhaft sein, als für Lungenblutung charakteristisch gelten kann, dass nach geschehener Blutung mindestens einige Stunden, oft mehrere Tage bei jedem Räuspern und Husten wieder kleinere oder grössere Blutbeimengungen mit dem Auswurf herausbefördert werden. Im Hinblick auf diese Kardinalunterschiede ist eine Täuschung für den Arzt unmöglich, der sich nur einigermaßen die Mühe gibt, hier bei der Anamnese die nötige Sorgfalt walten zu lassen.

Was die Lebensgefahr des Bluterbrechens oder der Magenblutung — das Erbrechen von Blut kann ja, wie Sie wissen, trotz der Blutung auch fehlen und nur durch Abgang des Blutes aus dem Darm erkannt werden — anlangt, so kann ich mich in den 34 Jahren meiner Praxis keines Falles erinnern, die an Verblutung, d. h. an tödlicher Anämie zugrunde gegangen wäre; dass aber solche nach Beobachtungen jedenfalls vorkommen, steht fest. Dagegen sah ich in einem Fall nach einer stärksten Magenblutung plötzliche und andauernde Erblindung auf beiden Augen, in einem Falle Tod in tiefem Koma mehrere Tage nach Aussetzen der Blutung eintreten. Ich glaube, dass in beiden Fällen Thrombosen von Venen des Gehirns, im ersten Fall des gemeinsamen Stammes der Vena ophthalmica, im anderen des Sinus longitudinalis die Ursache für den traurigen Ausgang abgegeben haben. Jedenfalls bin ich noch niemals durch noch so massige Blutung zu sofortigem operativen Eingreifen gezwungen worden. Zu einem solchen Vorgehen geben uns glücklicherweise also allermeist die Magenblutungen keinen Anlass. Wenn in der Literatur Fälle angegeben werden, in denen angeblich die zunehmende Anämie infolge von immer wiederkehrenden kleineren Blutungen, die hier nur in den Darmentleerungen festgestellt werden, die Operation schliesslich notwendig machten und dadurch Heilung erzielt wurde, so müssen diese doch als grosse Ausnahmen bezeichnet werden. Ganz anders hinsichtlich der Operationsbedürftigkeit sind aber solche Blutungsfälle zu beurteilen, bei denen die Blutung die Begleiterschmelzung einer der sonstigen lebensbedrohenden Ulcusfolgen darstellt. Hier wird sie uns, wie wir sehen werden, geradezu als willkommener Wegweiser zur richtigen, d. h. operativen²⁾ Behandlung des chronischen Ulcus ventriculi dienen können. Dass die augenblickliche Magenblutung als solche eigentlich fast niemals eine Indikation zu sofortigem operativen Vorgehen abgibt, dürfen wir als ein grosses Glück für unsere Patienten betrachten. Denn einerseits handelt es sich doch immer um hochgradig geschwächte Patienten, die einen grossen Eingriff, wie sie eine Magengeschwürsoperation darstellt, wenig Widerstandsfähigkeit entgegenstellen können, fürs andere hat die Erfahrung gezeigt, dass es bisher den Chirurgen nicht geglückt ist, das sichere Auffinden der Blutungsstelle zu garantieren, ja dass bei versuchter Exzision eines gefundenen Ulcus der Tod durch eine Blutung aus einem zweiten Geschwür des nunmehr durch die Operation geschwächten Kranken eingetreten ist, der Tod, der vielleicht bei expektativem, die Operation auf einen günstigeren Zeitpunkt verschiebenden Verfahren hätte vermieden werden können. Damit soll nicht gesagt sein, dass nicht in ganz seltenen Ausnahmefällen — ich meine die seltenen, immer wiederkehrenden Blutungen — auch die Blutung als solche zur Operation zwingen kann. Dass hier der Eingriff ein möglichst schonender, am besten wohl die rasch und in Lokalanästhesie ausführbare einfache Gastroenteroanastomose und Pylorusausschaltung durch einfache Abschnürung mit ihren für die Heilung des Ulcus so günstigen Bedingungen sein muss, ist klar. In der Tat ist hierdurch auch schon Heilung in solch verzweifelten Fällen auf operativem Wege erzielt worden. Nun fehlt aber das Symptom des Bluterbrechens sicher in der Mehrzahl gerade der schweren Fälle; so haben von den von mir durch Operation festgestellten 64 Magen-

¹⁾ Vor kurzem erlebte ich allerdings auch einmal Erbrechen kaffeesatzartiger, mikroskopisch als Blut festgestellter kleiner Mengen Mageninhalt bei einem blühenden 44-jährigen Manne, bei dessen 1 Jahr später an interkurierter Krankheit erfolgtem Tode die Sektion als Quelle der geringen Blutbeimischung kleine zahlreiche Ekchymosen in der ganz atrophischen Magenschleimhaut sich erwies.

²⁾ Unter den von mir operierten 64 Ulcusfällen wurden mir nur 2 wegen bedrohlicher Anämie und infolge von zurückliegenden Ulcusblutungen zur Operation zugewiesen und durch Operation geheilt. In diesen Fällen kam die Blutstillung als solche bei der Operation nicht in Frage.