

Beitrag zur Behandlung der Lungentuberkulose mit dem Friedmannschen Mittel.

Von Regimentsarzt Dr. F. Charlemont, Facharzt für Lungenkrankheiten in Gries-Bozen, derzeit Abteilungschefarzt am k. u. k. Reservespital Brixen.

So zweifellos und bewiesen der Heilwert des Friedmannschen Mittels bei chirurgischer Tuberkulose ist, so skeptisch mag vielleicht noch von mancher Seite der therapeutische Wert desselben bei der Lungentuberkulose beurteilt werden. Deshalb erscheint es umso gerechtfertigter, einzelne Fälle aus der Praxis mitzuteilen, welche einerseits dazu geeignet sind, auch dort zum Versuche anzuregen, wo eine günstige Beeinflussung kaum mehr zu erwarten ist, andererseits auf Fehler aufmerksam zu machen, welche den Heilungsverlauf zu stören pflegen und sicher früher häufig dazu beigetragen haben, dem Mittel schädliche Eigenschaften zuzuschreiben, die nicht ihm, sondern seiner unrichtigen Verwendung in die Schuhe zu schieben sind. Die im Jahre 1917 vorgenommene Versuchsreihe an 12 Soldaten, für die das Mittel mit besonderem Kurier nach Oesterreich gebracht werden musste, hat im Allgemeinen mein bereits im Jahre 1914 gefasstes Urteil über den therapeutischen Wert des Friedmannschen Mittels bei Lungentuberkulose nur gefestigt. Doch war es erst den literarisch festgelegten wissenschaftlichen Arbeiten der jüngsten Zeit vorbehalten, die durch falsche Technik verursachten, früher von anderen Seiten berichteten Misserfolge zu begründen und dadurch jedem Arzt deren Verhütung zu ermöglichen.

I. 1914, Fähnr. W. W. (dzt. Obltn.), spezifisch nicht vorbehandelt. Seit 3 Wochen mit hochfieberhafter, tuberkulöser Infiltration der ganzen linken Lungenhälfte in meiner Beobachtung. Im Sputum massenhaft Kochbazillen, hochgradige, allgemeine Körperschwäche und Blutarmut. Pat. hatte damals durch seine leichenhafte Blässe allgemeines Aufsehen erregt. Bettruhe, hydropathische, medikamentöse und diätetische Behandlung blieb ohne jeden Erfolg. Versuch mit dem Friedmannschen Mittel als „Ultimum refugium“. 3 Tage nach der intramuskulären Injektion, innerhalb welcher Zeit die Temperatur lytisch abfiel, dauernde Entfieberung. Im Laufe der nächsten 2 Monate vollständige Aufhellung der früher gedämpften Lungenhälfte bis auf eine in der Projektion auf die Brustwand ca. fünfkronestückgrosse Stelle. Sputum bazillenfrei, 14 kg Gewichtszunahme, blühendes Aussehen. In der Hoffnung, auch den oben erwähnten Rest der Krankheit rascher zur Ausheilung zu bringen, wurde etwa 2½ Monate nach der 1. Injektion eine 2. nachgeschickt (Fehler!). Von diesem Moment an bemerkte ich einen auffallenden Stillstand in der Rückbildung dieses Herdes. Die Injektionsstelle abszedierte 1½ Monate später nach Abreise des Patienten und an der erwähnten Lungenstelle entwickelte sich nach mehrmonatlicher Truppendienstleistung am russischen Kriegsschauplatz und interkurrenter Pneumonie eine Kaverne. Friedmann selbst sowie Goepel (D.m.W. 1918 Nr. 6 und D. Zschr. f. Chir. 144. 1918. H. 1 und 2) Kölliker und Kühne (B.kl.W. 1918 Nr. 7) weisen ausdrücklich darauf hin, wie schädigend interkurrente Infektionskrankheiten auf den Tuberkuloseheilverlauf nach Anwendung des Friedmannschen Mittels wirken, was ich also aus eigener Erfahrung bestätigen kann. Innerhalb der nun folgenden 3½ Jahre war Patient wenigstens zeitweise inmunde, leichtere Dienste zu versehen und dient derzeit bei einer Küstenschutzkompanie in Dalmatien.

Kritisch beurteilt muss zugegeben werden, dass die 2. Injektion, falls sie überhaupt notwendig gewesen wäre, zu früh vorgenommen wurde, nämlich zu einer Zeit, wo nachgewiesenermaßen die eingespritzten Schildkrötentuberkelbazillen noch leben und logischerweise noch weiter im Organismus wirken. Wäre also dieselbe unterblieben und dem Kranken die Möglichkeit geboten gewesen, den Heilungsverlauf unter den früheren günstigen Lebensbedingungen abzuwarten, erscheint die Annahme wohl begründet, dass nach dem ans Wunderbare grenzenden Rückgang der klinischen Krankheitserscheinungen eine vollständige Ausheilung stattgefunden hätte.

II. 1917, Hptm. M., spezifisch nicht vorbehandelt, für den das Mittel durch Kurier von Berlin geholt wurde. Diagnose: Offene Lungentuberkulose des 2. Stadiums. Luesrezidiv. Der Fall dürfte insofern interessieren, als die intramuskuläre Injektion trotz gleichzeitig bestehendem Luesrezidiv und Behandlung desselben mit Schmierkur und Neosalvarsan reaktionslos vertragen wurde und den Lungenprozess klinisch ausserordentlich günstig beeinflusste. Ein mehrere Monate später erlittener Knöchelbruch (interkurrente Fraktur!) hatte ein vorübergehendes Aufflackern der alten Lungenherde zur Folge.

III. Fähnr. T. (spezifisch nicht vorbehandelt). 1917 seit mehreren Wochen hochfieberhafte, akute tuberkulöse Apizitis. 3 Tage nach der Injektion fieberfrei, rascher Rückgang aller Symptome, gute Gewichtszunahme. 2 Monate später geheilt, frontdiensttauglich entlassen. Seither dauernd günstige Berichte von seiten des Patienten.

Endlich möchte ich noch eines Falles (vorbehandelt mit albumosefreiem Tuberkulin) erwähnen, in welchem es sich um eine durch Darmtuberkulose komplizierte, chronische, infiltrierende Lungentuberkulose gehandelt hat. Wegen drohender Abszedierung der intramuskulären Injektion wurde eine intravenöse Nachinjektion vorgenommen. Trotzdem letztere den Durchbruch nicht mehr ver-

hindern konnte, besserten sich in auffallender Weise die Darm-symptome und konnte 2 Jahre später die Darmtuberkulose als ausgeheilt betrachtet werden. Der Lungenprozess wurde zwar nicht geheilt, hatte jedoch seinen progredienten Charakter verloren. Da die rechtzeitig vorgenommene Nachinjektion in diesem Falle nicht imstande war, den Durchbruch der erweichten 1. Impfstelle zu verhüten und wenige Stunden nach Vornahme derselben ausserordentlich stürmische Reaktionserscheinungen einsetzten (hohes Fieber, Kopfschmerzen, Ueblichkeiten und Schmerzen in den spezifisch erkrankten Organen), so ist es wohl naheliegend anzunehmen, dass die damals angewandte Dosis viel zu hoch gegriffen war. Eine kleinere und schwächere Dosis hätte nach den neueren Erfahrungen sowohl den Durchbruch als auch stürmischere Reaktionserscheinungen verhütet.

Da das Friedmannsche Mittel für Oesterreich leider nicht freigegeben ist und die Beschaffung desselben daher unter den jetzigen erschwerten Transportverhältnissen und bei der kurzen Haltbarkeit des Präparates nur unter grossen Schwierigkeiten möglich ist, konnte an eine Auswahl der zu behandelnden Fälle nicht gedacht werden. Trotzdem habe ich die Ueberzeugung gewonnen, dass die 1. intramuskuläre Injektion in keinem einzigen Falle eine schädigende Wirkung gezeitigt hat, das Mittel imstande ist, akute beginnende tuberkulöse Fälle innerhalb kurzer Zeit auszuheilen und selbst schwere Fälle, sofern sie überhaupt noch reaktionsfähig sind, in unerwarteter Weise günstig zu beeinflussen, wie es sicher durch kein anderes Spezifikum möglich wäre. So unerwünscht die intravenöse Injektion infolge ihrer oft stürmischen Reaktionserscheinungen an sich ist und obwohl sie auch bisweilen nicht imstande ist, den Durchbruch des Abszesses zu verhindern, so kommt es dennoch nach derselben niemals zu einer derart profusen Eiterung wie ohne Vornahme derselben. Gewöhnlich entleeren sich dann durch einige Tage nur wenige Tropfen serös-eitriger Flüssigkeit. Der Abszesseiter wurde stets steril befunden, nur ein einzigesmal waren in demselben Schildkrötentuberkelbazillen nachzuweisen. Eine dauernde Schädigung der Kranken nach Abszedurchbruch konnte ich nicht beobachten. Die Behauptung, dass spezifisch nicht vorbehandelte Fälle das Friedmannsche Mittel reaktionsloser auszuwerten pflegen als spezifisch vorbehandelte, kann ich bei Durchsicht meiner Fälle nur bestätigen.

Das Mittel hat den grossen Vorzug, dass es jeder Arzt ohne Vorkenntnisse in der spezifischen Tuberkulosebehandlung anwenden kann und der Kranke nicht wie bei den anderen aktiv immunisierenden Behandlungsmethoden einer monatelangen Injektionskur unterworfen zu werden braucht. Viel heikler ist die Frage der eventuellen 2. Injektion und die Wahl der Dosis für die intravenöse Nachinjektion. Eine unrichtige Zeitbestimmung bei ersterer oder eine zu hohe Dosierung bei letzterer kann, wie die Literatur der jüngsten Zeit bestätigt, eine dauernde Schädigung des Heilverlaufes zur Folge haben. Indes sind die Forschungen und Versuche mit dem Mittel heute so weit gediehen, dass sich die Fehlerquellen leicht vermeiden lassen und bleibt nur dringend zu hoffen, dass das Mittel auch ausserhalb Deutschlands in grösstem Umfange als Prophylaktikum und Therapeutikum zur rationellen Bekämpfung der Tuberkulose zur Anwendung komme.

Psychiatrie und Schwangerschaftsunterbrechung*).

Von Prof. F. Plaut.

Meine Herren! Ich folge gern der Aufforderung Ihres Herrn Vorsitzenden, Ihnen einige Richtlinien für die Diskussion der Frage zu geben, inwieweit die Einleitung des Abortes aus psychiatrischen Gründen in Betracht gezogen werden darf.

Im Ganzen ist die Häufigkeit des Auftretens von Psychosen während des Generationsgeschäftes keine so erhebliche, dass man hieraus schon einen irgendwie zwingenden Eindruck erhält, es bestünden ätiologische Beziehungen zwischen Generationsgeschäft und Auslösung von Geisteskrankheiten. Siemerling rechnet mit 5 Proz. Generationspsychosen, einer Zahl, die relativ nicht erheblich ist, wenn man berücksichtigt, dass die häufigsten Formen der Geisteskrankheiten mit Vorliebe das dritte Lebensjahrzehnt bei den Frauen heimsuchen, in dem ja auch die Gebärtätigkeit der Frauen am lebhaftesten ist.

Unter den Generationspsychosen ist keineswegs die Gravidität besonders bevorzugt, vielmehr steht innerhalb der Phasen des Fortpflanzungsgeschäftes unstreitig das Wochenbett an erster Stelle und es folgen in weitem Abstand Gravidität und Laktation. Wenn sich also überhaupt aus den Gesamtziffern ätiologische Beziehungen ableiten liessen, so dürften solche eher für das Puerperium als für die Gravidität gegeben erscheinen.

Betrachten wir nun, in welcher Weise die verschiedenen Formen des Irreseins in den Generationspsychosen vertreten sind — spezifische Generationspsychosen gibt es nicht —, so entsprechen die Zahlen im wesentlichen der Häufigkeit, mit der die verschiedenen Psychosen das weibliche Geschlecht auch ohne Gravidität zu be-

*) Vortrag, gehalten in der Gynäkologischen Gesellschaft in München am 28. II. 18.

fallen pflegen. Die grösste Gruppe bilden die Anfälle von manisch-depressivem Irresein, insbesondere die ihm zugehörigen Depressionszustände, es folgen die Dementia praecox, dann die psychogenen oder reaktiven Psychosen der hysterischen und Psychopathen. Eine der Zahl nach geringe Rolle spielen Epilepsie, Paralyse, die anderen organischen Nervenkrankheiten, die Imbezillität und Idiotie, sowie eine Reihe seltenerer Störungen.

Praktisch am häufigsten erhebt sich die Frage, ob eine Unterbrechung angezeigt erscheint bei den Depressionszuständen des manisch-depressiven Irreseins. Fragen wir uns nun, ob die Gravidität in ursächlicher Beziehung zum manisch-depressiven Irresein zu stehen scheint. Das manisch-depressive Irresein besteht aus einzelnen Attacken manischer oder depressiver Färbung, die in der Regel in Genesung ausgehen, in ihrer Zahl und Reihenfolge alle nur denkbaren Variationen bei den einzelnen Kranken darbieten können. Die Einzelpsychose lässt nur in der Minderheit der Fälle eine irgendwie verwertbare Verursachung erkennen und sie erweist sich auch in ihrem Verlauf und ihrer Dauer von exogenen Momenten oder sonstigen Zufälligkeiten meist unabhängig.

Ueberblicken wir den Lebenslauf manisch-depressiver Frauen, so sehen wir in der Regel, dass die erste Attacke nur selten mit der ersten Gravidität zusammenfällt, dass vielmehr schon ein Anfall oder mehrere Anfälle vor der ersten Schwangerschaft aufgetreten oder dass Schwangerschaften bereits ohne die geringsten krankhaften Störungen abgelaufen waren. Verfolgt man das weitere Schicksal solcher Frauen, die einmal während der Gravidität erkrankt waren, weiter, so sieht man, dass keineswegs spätere Gravidität zu erneuten Schüben Anlass zu geben braucht. Wenn es ja auch ganz seltene Fälle gibt, es sind wirklich Raritäten, wo regelmässig und ausschliesslich im Zusammenhang mit Geburten manisch-depressive Störungen sich einstellen, so muss man doch der ziemlich allgemein anerkannten Auffassung beipflichten, dass praktisch genommen die Schwangerschaft weder das manisch-depressive Irresein erzeugt, noch in nennenswerter Häufigkeit den einzelnen Anfall auslöst. Man hat sogar manisch-depressive Frauen beobachtet, die nur, wenn sie gravide waren, gesund erschienen und in den Zwischenzeiten entweder erregt oder deprimiert waren.

Die ursächlichen Beziehungen werden noch weiterhin unwahrscheinlich gemacht durch die Beobachtung, dass mit der Geburt oder dem Puerperium eine bestehende Psychose keineswegs abzuklingen braucht, sondern gewöhnlich ganz unbeeinflusst durch diese Vorgänge ihren Verlauf nimmt. Auch vermag der Abort die Psychose nicht abzubringen. Es sind sogar Fälle beobachtet worden, in denen die Erkrankung sich nach einem Abort entwickelte und die depressive Wahnbildung nun aus diesem Ereignis ihren Inhalt entnahm, indem Versündigungsideen und Selbstvorwürfe gerade auf den Abort Bezug nahmen.

Natürlich ist es bei der Regellosigkeit und Vielgestaltigkeit im Auftreten und Abklingen der einzelnen Phasen des manisch-depressiven Irreseins hin und wieder einmal beobachtet worden, dass mit einem Abort oder mit dem normalen Ende der Schwangerschaft oder des Puerperiums Anfälle ihr Ende fanden, aber da handelte es sich wohl gewiss um Zufälligkeiten. Nach alledem besteht keine Aussicht, durch Einleitung des Abortes einen Einfluss auf die bereits bestehende manisch-depressive Psychose zu gewinnen oder bei Prädisponierten die Entwicklung einer Psychose zu verhüten.

Trotzdem könnte eine Indikation zur Unterbrechung gegeben sein, wenn durch das Zusammentreffen von Schwangerschaft und Psychose das Leben gefährdet würde. Die Hauptgefahr stellt der körperliche Kräfteverfall infolge psycho-motorischer Erregung und Nahrungsverweigerung dar. Man kann dieser Schwierigkeiten durch geeignete Massnahmen in den Anstalten meist Herr werden, so dass wohl nur sehr selten Bedenken auftauchen werden, ob die geringe körperliche Widerstandskraft die Fortdauer der Schwangerschaft verbietet. Im allgemeinen kommen die Frauen, auch wenn sie recht herunter sind, ganz gut über Schwangerschaft und Geburt hinweg, das ist die allgemeine Erfahrung. Wir haben uns nie veranlasst gesehen, auch nicht bei stark heruntergekommenen Depressiven, die Unterbrechung vornehmen zu lassen und haben dies nie zu bereuen gehabt. Zu bedenken ist auch, dass die Einleitung des Abortes gerade bei erregten Kranken kein harmloser Eingriff ist und wiederholt Tod durch Sepsis beobachtet wurde.

Die Suizidgefahr der Depressiven darf keine Indikation abgeben, denn sie wird einerseits durch die Beendigung der Schwangerschaft nicht beseitigt, weil die Psychose fort dauert, und es kann ihr in der geschlossenen Anstalt wirksam begegnet werden.

Man kann also zusammenfassend sagen, das manisch-depressive Irresein gibt im allgemeinen keine Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft.

Während wir bei dem manisch-depressiven Irresein die Frage nicht zu erörtern brauchen, ob durch die Fortdauer der Schwangerschaft die geistige Erkrankung eine ungünstige Wendung im Sinne der Verblödung nehmen könnte, da ja die einzelnen Anfälle des manisch-depressiven Irreseins überhaupt nicht zu geistigen Schwächezuständen führen, liegen die Verhältnisse bei der Dementia praecox anders. Die Dementia praecox oder Schizophrenie trägt die Tendenz zur Verblödung in sich. Die Verlaufsformen sind nun ausserordentlich mannigfaltig. Es gibt Fälle, bei denen sich von Beginn der Erkrankung ab ein unaufhaltsames geistiges Siechtum einstellt. Noch häufiger verläuft die Krankheit in einzelnen Schüben. Es tritt zu-

nächst eine akute Erkrankung ein, die stürmischen Erscheinungen bilden sich nach einiger Zeit zurück und es kommt zur Heilung mit Defekt. Diese Defekte können leichter Art sein, bestehen zuweilen nur in geringfügigen Charakterveränderungen, die von Laien übersehen werden können und die soziale Leistungsfähigkeit nicht wesentlich zu beeinträchtigen brauchen. Längere Zeit hindurch, oft jahrelang, bleibt die Kranke in diesem erträglichen Zustand, bis sich dann ein neuer, akuter Schub einstellt, der den Defekt verstärkt oder in eine chronische Psychose ausmündet. Könnten wir nun mit Bestimmtheit sagen, dass die Schwangerschaft bei einer mit leichtem Defekt ausgeheilten Dementia praecox eine erneute akute Psychose mit der ihr innewohnenden Gefahr einer tieferen Verblödung auszulösen vermag, müssten wir zur Unterbrechung der Schwangerschaft raten, und wir müssten es ebenso tun, wenn während der Schwangerschaft sich die ersten Erscheinungen einer Dementia praecox ankündigen und wir durch die Unterbrechung der Schwangerschaft die Psychose zum Stehen bringen könnten. Denn wir werden die Verblödung zu den schwersten Gefahren für die Gesundheit im Sinne der von der wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen in Preussen angenommenen B u m m - K r o h n e schen Leitsätze rechnen müssen.

Es fehlen uns jedoch vorläufig alle sicheren Grundlagen für die Annahme, dass die Schwangerschaft den ersten Anfall einer Dementia praecox auslösen oder zu einem Rezidiv Veranlassung geben oder Defektheilung verhindern könnte und ebensowenig können wir behaupten, dass die physiologische oder vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft den Prozess in günstigem Sinne zu beeinflussen vermag. Nach Beendigung der Schwangerschaft sieht man ebensowohl Besserung als Verschlechterung, noch häufiger erscheint der Fortgang des Leidens unbeeinflusst.

Angesichts dieses Mangels an zuverlässigen Anhaltspunkten für etwaige Beziehungen haben wir bisher niemals bei Dementia praecox den Abort einleiten lassen und die gleiche Zurückhaltung wird ziemlich einheitlich in unserem Fachkreise geübt. Dass bei der Unberechenbarkeit der Verlaufsformen hin und wieder einmal nach einem Abort eine auffallende Besserung beobachtet wurde, kann nicht wundernehmen. Solche vereinzelte Beobachtungen sind jedoch für kausale Beziehungen nicht beweisend. Immerhin muss das häufige Auftreten der Dementia praecox in den Pubertätsjahren an Zusammenhänge mit den Sexualvorgängen denken lassen und deshalb möchte ich nicht unterlassen, die kürzlich von Bonhoeffer gegebene Anregung hier zu wiederholen, es möchten alle Erfahrungen über den Einfluss von Aborten auf Fälle von Dementia praecox bekannt gegeben werden. Der gegenwärtige Stand unseres Wissens gestattet uns, wie gesagt, nicht, in der Dementia praecox eine Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft zu sehen.

Während nun die Schwangerschaft der Manisch-Depressiven und der Schizophrenen hinter den verschlossenen Türen der Anstalten abzulaufen pflegen und der in der Praxis stehende Arzt nur selten hier vor Entscheidungen gestellt wird, wird er um so mehr von hysterischen und psychopathischen Frauen um Einleitung des Abortes angegangen werden. Man wird sich hier im allgemeinen von vornherein auf einen streng ablehnenden Standpunkt stellen müssen. Je nach der Färbung des Falles wird man hypochondrisch ängstliche Vorstellungen durch Ueberredung, alle die gerade hier häufig üppig in Erscheinung tretenden hysterischen Zustandsbilder durch jeweils anzupassende suggestive Massnahmen bekämpfen. Sobald die Schwangeren selbst oder die ihre Wünsche unterstützenden Angehörigen den Eindruck gewinnen, man werde schliesslich doch noch weich werden und zu Kompromissen zu haben sein, hat man verlorenes Spiel. Dass der Arzt hier in eine sehr schwierige Lage kommen kann, besonders wenn mit Selbstmord gedroht wird, liegt auf der Hand.

Bei ernster Selbstmordneigung pflegen allerdings meist die Störungen einen Charakter anzunehmen, den man als im engeren Sinne psychotisch bezeichnen kann. Im Vordergrund steht die Angst, die Schwangerschaft nicht überleben zu können oder geisteskrank zu werden. Es bildet sich eine Fülle depressiver Vorstellungen aus, die sich fast ausschliesslich auf die Fortdauer der Schwangerschaft und die Geburt richten; die Depression kann sehr bedrohlichen Charakter annehmen, die Kranken werden schlaflos, verweigern die Nahrung, begehen ernstliche Selbstmordversuche, kommen sehr herunter. Es liegt hier ein ähnlicher Mechanismus vor, wie bei der Entstehung von psychogenen Psychosen unter dem Einfluss der Haft oder des Felddienstes. Ein ängstlich gefärbter Vorstellungskomplex löst reaktiv das ganze Krankheitsbild aus. Es unterliegt keinem Zweifel, dass wir hier im Gegensatz zu den endogenen Psychosen eine sofortige Heilung durch den Abort erreichen können. Die Entlassung aus der Schwangerschaft wird ebenso prompt wirken, wie die Entlassung aus der Haft oder dem Militärdienst.

Gibt uns nun die sofortige Heilungsmöglichkeit das Recht zum Abort? Sicher nicht, wenn man keine Gefahr läuft mit dem Zwartreten bis zur physiologischen Beendigung der Schwangerschaft, denn diese führt ebenfalls zur Heilung. Die Gefahr besonders hinsichtlich des Selbstmords ist allerdings eine erhebliche und sie würde eine Indikation abgeben, wenn man nicht die Möglichkeit hätte, die Kranken durch Internierung zu schützen. Sachlich liegt kein Anlass vor, bei einer psychogenen Depression mit Suizidneigung anders als bei einer endogenen Depression zu verfahren. Die Widerstände gegenüber der Internierung werden im allgemeinen allerdings erheblicher sein; die gänzlich unbegründete Befürchtung, dass eine solche

Frau in der Klinik nun „wirklich“ geisteskrank wird, wird von der Patientin selbst und von den Angehörigen geäußert werden, all die Vorurteile, die in der Vorstellung der Betroffenen und im Urteile der Umwelt mit der Einschaffung in die geschlossene Anstalt verknüpft sind, werden sich dem Arzt entgegenstemmen und seine Lage ist in solchen Fällen keine beneidenswerte. Die gesetzlichen Handhaben zur Einschaffung in eine Anstalt sind bei einer psychogenen Depression mit Selbstmordneigung ebenso gegeben wie bei einer endogenen Depression. Abort in solchen Fällen einzuleiten, ohne eine klinische Beobachtung vorausgehen zu lassen, ist unstatthaft. In diesem Sinne haben sich auch neuerdings wieder Siemerling, Bonhoeffer und andere ausgesprochen. Tritt dann trotz aller Hilfsmittel der Klinik ein hochgradiger Kräfteverfall ein, der das Leben zu gefährden droht, so ist es immer noch Zeit, einzugreifen. Es wird nur in seltenen Ausnahmefällen so weit kommen.

Hiermit sind die drei wichtigsten Gruppen besprochen.

Die Epilepsie gibt im allgemeinen keine Indikation. In vorgeschrittener Gravidität können gehäufte Anfälle in Form des Status epilepticus zum Eingreifen Anlass geben, sowohl wegen der Gefahr der Atmungsbehinderung, dann auch bei lebensfähiger Frucht, um das Leben des Kindes zu retten, da der Status epilepticus häufig zum Tode der Mutter führt.

Die Psychosen bei größeren organischen Hirnerkrankungen beeinflussen im allgemeinen die Gravidität nicht ungünstig und die Erkrankungen ihrerseits erfahren durch die Gravidität keine Progredienz. Dies gilt insbesondere von der Paralyse. Wir haben recht häufig paralytische Frauen bis zur Geburt in der Klinik gehalten und nie einen Anlass zur vorzeitigen Entbindung gefunden. Die Paralysen tragen meist aus, da der Infektionstermin weit zurückliegt und die Wertigkeit der Kinder ist keine besonders geringe.

Nur bei der multiplen Sklerose sollen, wie Bonhoeffer hervorhebt, mitunter in der Gravidität und im Wochenbett lebensbedrohende Verschlimmerungen eintreten. Hier wird also unter Umständen die Einleitung des Aborts geboten erscheinen.

Die Chorea gravidarum wird vielfach als Indikation zum Abort ohne weiteres angesehen. Dazu liegt jedoch kein Anlass vor. Die hysterische Chorea verdient keine andere Beurteilung als sonstige hysterische Symptomenkomplexe, rechtfertigt somit das Einschreiten nicht. Auch die Huntington'sche Chorea verursacht angesichts der relativ geringen motorischen Reizerscheinungen, die sie im Gefolge hat, keine akute Gefährdung der schwangeren Frau. Ueber das Vorkommen von Progressionen des Leidens unter dem Einfluss der Schwangerschaft oder um auffällige Besserungen nach Abort liegen keine Erfahrungen vor.

Auch die Frauen mit rheumatischer Chorea, sei es, dass es sich um den ersten Anfall oder um Rezidive handelt, kommen im allgemeinen gut durch die Schwangerschaft hindurch. Wir haben erst kürzlich einen recht schweren Fall mit deliranten Erscheinungen gehabt, sind nicht eingeschritten und es ist alles gut verlaufen. Immerhin scheint der Abort solche Formen von Chorea oft günstig zu beeinflussen, jedoch ist eine solche Wirkung nicht mit irgendwelcher Sicherheit vorauszusagen. Die ganz schweren Formen mit stürmischer Jaktation, Fieber und Verwirrheitszuständen lässt man gewöhnlich mit Recht abortieren, da die Kranken auf das schwerste herunterkommen und zudem die Aussichten auf Austragung eines lebensfähigen Kindes gering sind.

Die Ekklampsien können von psychischen Störungen begleitet sein, die als Hysterie oder wohl auch als Katatonie verkannt werden. Solche Fälle kommen daher nicht selten in die psychiatrische Klinik. Soweit es sich um Graviditätseklampsie handelte, war in unseren Fällen die Gravidität weit vorgeschritten. Solche Kranke werden natürlich dem Gynäkologen überwiesen.

Schwere, offenbar auf toxischen Einflüssen beruhende nervöse und psychische Störungen können sich bei Schwangeren mit unstillbarem Erbrechen entwickeln. Es können Polyneuritiden mit schweren sensiblen und motorischen Ausfallerscheinungen auftreten, es kommt zu Krampfanfällen und zu psychischen Störungen, die bald in ängstlichen Verwirrheitszuständen bestehen, bald mehr der Korsakow'schen Psychose ähneln. Soweit ich die Literatur, die kürzlich von Siemerling durch neue Fälle bereichert wurde, übersehe, scheint der Einfluss des Aborts auf die toxischen Störungen ein recht unsicherer zu sein, wenn es auch zum Aufhören des Erbrechens kommt. Diese Fälle sind glücklicherweise recht selten.

Oft genug kommt es vor, dass schwach sinnige Mädchen, ja ganz tiefstehende Idiotinnen missbraucht und geschwängert werden. Bei solchen Zufällen wird immer besonders gern die Vorstellung geäußert, man solle die Frucht entfernen, um den minderwertigen Nachwuchs zu unterdrücken. Man geht aber oft noch viel weiter und behandelt überhaupt den Abort bei geisteskranken Frauen als ein aus eugenischen Gründen nützlich Werk. Dies ist jedoch eine Auffassung, die prinzipiell abgelehnt werden muss. Rassenhygienische Erwägungen dürfen überhaupt nicht erörtert werden, wenn einmal die Gravidität da ist; denn für die Schwangerschaftsunterbrechung entscheidet lediglich die Frage, ob das Leben oder die Gesundheit der Mutter bedroht ist. Unsere Kenntnisse über die Erblichkeitsverhältnisse stecken überdies noch so in den Anfängen, dass wir im einzelnen Falle dem zu erwartenden Produkt gar keine zuverlässige Prognose zu stellen vermögen. Die Befürchtungen stellen sich nicht selten als unbegründet heraus.

M. H.! Diese kurze Zusammenstellung lässt Sie erkennen, dass wir einen recht zurückhaltenden Standpunkt empfehlen. Sieht man von den toxischen nervösen Störungen, die in enger Beziehung zur Gravidität stehen, ab, lässt man ferner für die multiple Sklerose und die schweren Formen der Chorea gravidarum vielleicht eine ätiologische Indikation im engeren Sinne gelten, so fehlt eine eigentliche psychiatrische Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft in der Regel völlig. Bei den eingangs geschilderten grossen Gruppen von geistigen Erkrankungen, wo die Frage der etwaigen Unterbrechung am häufigsten an den Arzt herantritt, sind Ausnahmen nur insoweit zulässig, als der körperliche Zusammenbruch zu befürchten ist; die psychische Erkrankung an sich verlangt den Abort kaum jemals. Voraussetzung für eine solche ablehnende Stellungnahme ist allerdings die Internierungsmöglichkeit und hierzu möchte ich mit Alzheimer sagen: die Internierung ist noch immer ein milderer Eingriff als die Entfernung der Frucht.

Aus der mobilen Grazer Chirurgengruppe (Klinik v. Hacker.)
(Leiter: Prof. Dr. Ed. Streissler.)

Ein Nachteil der Rechtwinkelschienung bei Oberarmfrakturen.

Von Dr. Hermann Biesenberger, Oberarzt in d. R.

Die Schienung der hohen Oberarmfrakturen in Abduktion von 90° (Rechtwinkelschienung nach Zuppinger und Christen) war auch bei uns die grundsätzliche Behandlungsmethode; sie zeitigte im allgemeinen recht zufriedenstellende Resultate. Nur bei einer kleinen Gruppe dieser Frakturen sahen wir nachteilige Folgen, die sich in Vereiterung der Achselhöhle und Eitersenkung in das Zellgewebe der seitlichen Thoraxwand kundgaben. Es handelte sich in diesen Fällen um Schusszertrümmerungen des Humerus im oberen Drittel oder an der Grenze zwischen oberem und mittlerem Drittel, die im Laufe der Behandlung zu sog. Defektschüssen führten, wie sie hauptsächlich bei Artillerieverletzungen oder bei Nahschüssen durch Kleinkalibergeschosse vorkommen. Diese Verletzungen boten im grossen und ganzen ein stets wiederkehrendes Bild. Hinter der mehr oder weniger grossen Einschussöffnung fand sich umgeben von einem ausgedehnten Hämatom eine Höhle, in der die zersplitterten Humerusfragmente und Blutkoagula, event. Monturietzen und bei Steckschüssen der Fremdkörper lagen. Stets war eine schwere Infektion mit hohen Temperaturen vorhanden, die im Verlaufe der Behandlung zu ausserordentlich starker Sekretion führte. In jedem Falle wurde die operative Eröffnung des Trümmerherdes vorgenommen, Fremdkörper, Monturietzen, sowie lose Knochensplitter und Koagula entfernt und durch ausgiebige Drainage für guten Abfluss gesorgt. Bei Fixation auf einer improvisierten Christenschiene gelang es in allen Fällen, in denen das Schultergelenk unverletzt war, ohne weitere Eingriffe Herr der Infektion zu werden.

Im Verlaufe der Behandlung konnten wir in dreien dieser Fälle beobachten, dass es in den ersten Wochen nach der Verwundung trotz ausgiebiger Drainage zu einer Eitersenkung in das lockere Zellgewebe der Achselhöhle und von dort in das der seitlichen Thoraxwand kam. Hingegen konnten wir in ähnlichen Fällen, in denen der Oberarm in mehr oder weniger hängender Lage fixiert war, niemals ein Uebergreifen des Eiterprozesses auf die Achselhöhle oder die seitliche Thoraxwand feststellen.

Ich greife die betreffenden Krankengeschichten heraus und führe sie in gekürzter Form an:

1. Inf. J. K., wurde am 29. Nov. 16 durch Gewehrschuss aus nächster Nähe am linken Oberarm verwundet. Bei seiner Aufnahme am 1. Dez. 16 konnte nachstehender Befund aufgenommen werden: Einschuss an der Vorderfläche des linken Oberarmes, 2 Querfinger neben der vorderen Achselfalte, Ausschuss an der Hinterfläche etwas über der hinteren Achselfalte. In der Umgebung der Schussöffnungen ausgebreitetes Hämatom und starke Schwellung des Oberarmes. Temp. 37,5. Radialisparese. Am selben Tage wird in Aethernarkose die Ausschusswunde breit eröffnet und nach Entfernung der Knochensplitter und Blutkoagula, sowie Vornahme einer Wundtoilette die ausgiebige Drainage angeschlossen, worauf der Arm auf einer Christenschiene fixiert wird. In den ersten Wochen normaler Krankheitsverlauf mit abklingendem Fieber. Am 3. Januar 17 (4 Wochen nach der Operation) treten hohe Temperaturen auf. Die aus diesem Grunde vorgenommene Kontrolle der durch die Schiene verdeckten Körperteile ergibt einen Senkungsabszess entlang der linken Thoraxwand, der in der Höhe der IV. Rippe spontan durchgebrochen ist. Drainage. Fixierung des linken Armes nach Desault. Am 25. Januar 17 ist die Wunde an der linken Thoraxseite vollkommen gereinigt und der Heilungsprozess soweit fortgeschritten, dass eine Christenschiene neuerdings angelegt werden kann. Am 20. Februar 17 wird Pat. mit vollkommen beweglichem Schultergelenk entlassen.

2. Schütze Sz. T., wurde am 25. Juli 17 durch einen Minensplitter verwundet und kommt am 26. Juli in unsere Behandlung. An der Aussenfläche des linken Oberarmes, etwas oberhalb der Mitte, findet sich eine ca. zehnhellerstückgrosse Einschussöffnung; der Ausschuss in gleicher Grösse liegt in derselben Höhe an der Hinterfläche. Beide Schussöffnungen sind reaktionslos. Der Humerus ist an der Grenze zwischen mittlerem und oberem Drittel zersplittert. Nach