

in der Privatklientel von ihm gesehen wurden. Von 30 Fällen ist ihm der tödliche Ausgang bekannt, die Zahl der tödlichen Fälle dürfte aber viel erheblicher sein. 80 Proz. waren Männer, nicht ganz ein Drittel aller Fälle blieb im Alter unter 50 Jahren. Nikotin und Lues, in 50 Proz. beide Faktoren vereinigt, spielten die vorherrschende ätiologische Rolle. Die Hälfte der Fälle wurde von 1902 bis Ende des Krieges beobachtet, die volle 2. Hälfte erst seit 1919, so daß der Eindruck einer gesteigerten Häufigkeit als Kriegsfolge besteht. Erwähnt werden seltenere Lokalisationen des anginösen Schmerzes, z. B. in Kiefergegenden, den Hoden, in der rechten Brustseite, ferner die verschiedenen Arten der Schmerzempfindungen, unter denen sich die anginösen Schmerzen maskieren können; so klagten Kranke über „Sodbrennen“, über das Gefühl, als hätten sie heißes Wasser geschluckt, über Frieren im linken Arm, über „Magenkrampf“, über Abgeschlagenheit in beiden Armen, über Stuhldrang und Erbrechen beim Anfall etc. Sehr charakteristisch ist der „Zwang zum Stehenbleiben“, wenn der Kranke auf der Straße geht. 39 Fälle wiesen dies Verhalten auf. Betr. des Verlaufs und Ausgangs erwähnt Gr. einige Fälle, wo überraschend lange Remissionen und weitgehende Besserungen bei sehr schweren Anfangssymptomen eintraten. In dieser Hinsicht dürften die Anastomosenbildungen der Koronarien, wie sie in der Arbeit von Jamin-Merkel früher schon gezeigt wurden, Heilungsmöglichkeiten darstellen. Für die Therapie stellt die strenge Regelung der Lebensweise (knappe Kost, sorgfältige Beratung über die Körperbewegung in Beziehung auf die Nahrungsaufnahme etc.) einen Hauptfaktor dar. Unter den Medikamenten, welche im Laufe der letzten 2 Decennien innerhalb der Behandlung der Angina pect. vielfach gewechselt haben, scheint sich die langdauernde Behandlung mit dem von Zinn-Berlin klinisch ausprobierten Erythroltetranitrat in einer Reihe von Fällen leidlich zu bewähren.

Aerztlicher Verein in Nürnberg.

(Offizielles Protokoll.)

Sitzung vom 1. Oktober 1925.

Herr Eichler: Pathologisch-anatomische Demonstrationen aus dem Städt. Krankenhaus.

Herr Gänbauer: Unsere Erfahrungen mit der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeitsreaktion.

Nach einleitenden Worten über Geschichte und Wesen der BSG. berichtet der Vortragende über die Erfahrungen mit der Reaktion an 700 gynäkologisch kranken Frauen (Gynäkologische Abteil. des Städt. Krankenhauses). Beobachtungen an 100 Frauen, die erkennbar an keiner Erkrankung litten, die zu Senkungsbeschleunigung zu führen pflegt, ergaben eine durchschnittlich normale Senkungszeit von etwas über 5 Stunden. Der in der Literatur eingeführte Begriff des Grenzwertes von 2—2½ Stunden wird anerkannt; die Erfahrungen über Verhalten der BSG. in der Schwangerschaft (keine oder nur unwesentliche Beschleunigung in den ersten 3 Monaten, zunehmende Beschleunigung mit fortschreitender Gravidität) werden bestätigt. Differentialdiagnostisch erweist sich die BSG. wertvoll zur Unterscheidung großes weiches Myom oder Gravidität. Plötzliche starke oder langanhaltende geringere Blutung führt zu ev. starker Senkungsbeschleunigung; ebenso wie alle entzündlichen Vorgänge. Trotzdem ist die BSG. sehr wertvoll zur Differentialdiagnose geplatzter Tubargravidität oder entzündlicher Adnexerkrankung bei Würdigung des ganzen klinischen Bildes (z. B. läßt sich eine im allgemeinen doch leicht nachweisbare größere Blutung nicht erkennen, so spricht bei Vorhandensein entsprechender klinischer Anzeichen schnelle Senkung für Adnexerkrankung, langsame Senkung für geplatzte Extrauterinravidität. Größte Bedeutung hat sich die BSG. erworben zur Feststellung der Operationsreife entzündlicher Adnexerkrankungen. Der Wert der BSG. scheint mehr in ihrem negativen als in ihrem positiven Ausfall zu liegen. Im übrigen betont Vortragender nachdrücklich, daß die neue Reaktion als ausgesprochene Allgemeinreaktion niemals spezifisch sein könne und immer nur unter genauer Verwertung aller Untersuchungsergebnisse, besonders der klinischen, in Betracht gezogen werden dürfe.

Zur Erkennung und Behandlung gynäkologischer Leiden möchte Vortragender die BSG. nicht mehr missen.

Herr M. Strauß: Beitrag zur Kenntnis der Serumkrankheit. Bericht über einen Fall, bei dem es 10 Tage nach einer prophylaktischen Tetanusantitoxininjektion (20 IE.) bei einem sonst gesunden Kranken unter schweren Allgemeinerscheinungen (Angina-pectoris-artige Beklemmung, hohes Fieber) zu scharlachartigem, wenig juckendem Exanthe und heftigen Schmerzen in der linken Schulter und im linken Knie kam. Die Schmerzen hatten beim Fehlen aller objektiven Erscheinungen neuritischen Charakter und waren von weitgehender Bewegungs- und Belastungsunfähigkeit gefolgt, so daß der Kranke 14 Tage gehunfähig war. Hinweis auf analoge Fälle, die in der Literatur berichtet wurden (Thomas) und weiter Hinweis auf die Zusammenhänge von Serumkrankheit, Anaphylaxie, Tetanie, Bronchialasthma. Beteiligung des Sympathikus ist wahrscheinlich. Anführung der Hopmannschen Hypothesen und der auf diese Hypothese gestützten Säuremedikation.

Naturforschende u. medizinische Gesellschaft zu Rostock.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 16. Juli 1925.

Vorsitzender: Herr Curschmann. Schriftführer: Herr R. Stahl.

Herr Sarwey: Die Indikationsstellung und Berechtigung des künstlichen Abortes.

Votr. betont nach einleitenden Bemerkungen die Notwendigkeit schärfter Trennung von Schwangerschaftsunterbrechung in künstlichen (oder medizinischen) Abort und Abtreibung der Leibesfrucht; beide Begriffe sind in jeder Beziehung, vor allem aber nach Motiven und Endresultat, himmelweit voneinander verschieden: der künstliche Abort ist ein medizinisch-wissenschaftlicher Begriff, wird vorgenommen an der schwer kranken Schwangeren, nur vom Arzt, nur zum Zweck der Heilung einer gefährlichen Krankheit, die einzig und allein durch die Beseitigung der Gravidität beseitigt oder wenigstens gebessert werden kann; die Unterlassung des künstlichen Abortes würde den Verlust zweier Menschenleben zur Folge haben. Die Abtreibung der Leibesfrucht ist ein juristischer Deliktsbegriff, wird vorgenommen an der gesunden Schwangeren, von unbefugten Personen, nur zum Zwecke der gewollten Beseitigung der Frucht aus verbrecherischen oder wenigstens egoistischen Motiven, seien diese gesellschaftlicher, moralischer oder wirtschaftlicher Natur; alle diese Motive haben mit Heilzwecken, mit Lebens- und Gesundheitserhaltung nicht das geringste zu tun; ohne Abtreibung bleiben beide Menschenleben erhalten.

Zur Sicherstellung einer einwandfreien Indikation stellt Votr. folgende 3 Leitsätze auf:

1. Keine einzige Krankheit gibt an und für sich die Indikation zum künstlichen Abort; entscheidend ist vielmehr allein Verlauf und Schwere der Krankheit.

Auszuscheiden sind von vornherein: alle leichteren Erkrankungen (auch bei Lungentuberkulose), ferner alle Krankheiten, welche durch die Schwangerschaft keine wesentliche Verschlimmerung erleiden, sowie alle möglichen Gefahren der bevorstehenden Geburt; — in allen diesen Fällen muß interne, chirurgische und prophylaktische Behandlung mit Erhaltung der Schwangerschaft wenigstens bis zur Lebensfähigkeit der Frucht gefordert werden.

2. Unbedingte Voraussetzung ist gegenwärtige oder zukünftige Lebensgefahr oder schwere Gesundheitsschädigung und die sichere Aussicht auf Besserung oder wenigstens Stillstand der Krankheit durch den künstlichen Abort.

Die Entscheidung über den Zeitpunkt der beginnenden Lebensgefahr ist oft sehr schwierig und kann nur vom erfahrenen Facharzt getroffen werden; doch sind für gewöhnlich genügende Anhaltspunkte gegeben, z. B. bei der häufigsten Indikation zum künstlichen Abort, der Lungentuberkulose, ist es nur die offene, aktive (progrediente) Form im 2. Gerhardt-Turbanschen Stadium, die den künstlichen Abort indiziert, nicht im 1. Stadium, in welchem Heilstättenbehandlung erforderlich ist, und nicht im 3. Stadium, in welchem die Schwangerschaftsunterbrechung keinen Nutzen mehr bringt; bei der Hyperemesis gravidarum ist der Beginn der Lebensgefahr mit dem Eintritt der ersten toxischen Symptome (Fieber, Pulsarrhythmie, Albuminurie, dauernde und objektiv nachweisbare Gewichtsabnahme, zerebrale Erscheinungen) gegeben; bei Herzkloppelern tritt die Indikation zum künstlichen Abort erst dann auf, wenn trotz durchgeführter Digitalistherapie schwere Kompensationsstörungen auftreten.

3. Die Indikation muß von zwei Aerzten, dem Facharzt für Geburtshilfe und dem Facharzt für die vorliegende Krankheit, gemeinsam festgelegt sein.

Die zahlreichen ausgedehnten Vorschläge (Konzilien von 3 und mehr Aerzten, Beiziehung eines beamteten Arztes oder eines Laien [Richters], Protokollzwang, Anzeigepflicht) versprechen keine praktischen Vorzüge und sind überflüssig.

Votr. geht dann über zu den nicht medizinischen Indikationen und begründet seine Stellungnahme: die rein soziale Indikation wird bedingungslos abgelehnt, weil sie jeder wissenschaftlichen Begründung entbehrt, rechtlich unzulässig ist, auch keine ethische Berechtigung besitzt, die große Gefahr mißbräuchlicher Anwendung in sich birgt, und auch den gewissenhaften Arzt allzu leicht auf eine schiefe Ebene führt, auf der er bis in bedenkliche Nähe des Abtreibungsdelictes hinabgleitet. — Ebenso wird die eugenetische Indikation unbedingt abgelehnt, weil die Lehre von den Vererbungsgesetzen körperlicher und geistiger Defekte noch nicht so befestigt ist, daß eine zuverlässige Prognose für das zu erwartende Kind möglich ist. Beispiel: Eine Gutsbesitzerin aus Mecklenburg hat in der Klinik des Votr. 2 mal Kinder mit Wolfsrachen geboren, beide starben einige Wochen nach der Geburt; bei der 3. Gravidität wünschte die ganz verzweifelte Mutter dringend die Unterbrechung, weil sie doch niemals gesunde Kinder zur Welt bringen könne, ließ sich aber durch die aufklärerischen Besprechungen zum Austragen bestimmen und brachte einen gesunden, jetzt, nach 16 Jahren, gesund gebliebenen Sohn zur Welt! — Dagegen wird die Notzuchtsindikation unter der Voraussetzung, daß das Stuprum objektiv (event. durch ein gerichtliches Verfahren) nachgewiesen werden kann, als berechtigt anerkannt; zum Beweis,

daß solche Fälle tatsächlich vorkommen, wird ein Beispiel aus der Praxis des Vortr. angeführt.

Schließlich bespricht Vortr. das Verhältnis des künstlichen Abortes zur deutschen Gesetzgebung; das 1872 rechtskräftig gewordene deutsche Strafgesetzbuch enthält kein Wort über den künstlichen Abort in dem eingangs definierten Sinne, weil es damals einen solchen wegen mütterlicher Erkrankungen noch gar nicht gegeben hat; die Gesetzgebung hat aber den Fortschritt der medizinischen Wissenschaften bis zum heutigen Tage unberücksichtigt gelassen, und so ist es gekommen, daß der Arzt formell unter der Herrschaft der Abtreibungsparagraphen gestellt, d. h. nach dem Wortlaut des Gesetzes durch die Vornahme des künstlichen Abortes strafbar gemacht wird.

Nachdem die Beratungen über die Abfassung eines neuen deutschen StrGB. unmittelbar bevorstehen, muß die Aerzteschaft darauf dringen, daß im neuen Gesetz den gänzlich veränderten Verhältnissen, dem heutigen Stande der Wissenschaft und dem ärztlichen Rechtsempfinden Rechnung getragen und ganz ausdrücklich der künstliche Abort von jeder Strafbestimmung ausgeschlossen wird.

Zu diesem Zwecke macht Vortr. folgenden Vorschlag: Die von der ärztlichen Wissenschaft festgelegte scharfe Trennung der Schwangerschaftsunterbrechung in künstlichen (medizinischen) Abort und Abtreibung der Leibesfrucht muß von der Strafgesetzgebung ausdrücklich anerkannt, übernommen und im neuen StrGB. zum unzweideutigen Ausdruck gebracht werden. Unter dieser Voraussetzung kann der im neuen StrGB. einzusetzende Paragraph folgenden kurzen und klaren Wortlaut haben: „Der aus medizinisch-wissenschaftlich anerkannten Indikationen vom approbierten Arzte zur Rettung der Mutter aus Gefahr für Leib und Leben nach allen Regeln der ärztlichen Kunst vorgenommene künstliche Abort ist straffrei.“

Dieser Paragraph darf aber nicht als Zusatz zu den Abtreibungsparagraphen diesen angehängt, sondern muß als ein selbständiger Paragraph den Abtreibungsparagraphen vorangestellt werden.

Hiermit wäre dem Arzt und dem Richter in gleicher Weise gedient, und es wären für beide Teile klare und eindeutige Situationen geschaffen.

Uebrigens bewertet Vortr. noch höher, als alle Strafgesetzbuchbestimmungen, die Forderung nach peinlichster Gewissenhaftigkeit in der Auswahl der Fälle nach den aufgestellten und erörterten Grundsätzen von seiten des Arztes, der sich unentwegt seiner schweren Verantwortung bei der Entscheidung über Leben und Tod der ungeborenen Frucht bewußt sein muß, und nur unter diesen Voraussetzungen sein Teil an der Einschränkung des künstlichen Abortes auf ein Minimum beitragen kann.

Herr W. F. Winkler: Die nationalbiologische Bedeutung der Abtreibungsseuche und ihre Bekämpfung.

Die Geburtenverhütung, geübt aus zeitlicher wirtschaftlicher Not, geschieht heute größtenteils auf dem gefährlichen Wege der Abtreibung. Es stellt das eine schwere gesundheitliche und sittliche Gefahr dar, zumal die Abtreibung besonders geübt wird an Ehefrauen und Familienmüttern. Da der Hauptbeweggrund wirtschaftlicher Art ist, kann nur eine Sozialpolitik, die die Aufzucht gesunder Kinder in den Familien ermöglicht, eine Besserung bringen. Solange durchgreifende Hilfe hier nicht gebracht werden kann, sind Strafandrohungen wirkungslos. Man kann die Abtreibungsseuche aber eindämmen und ihr einen großen Teil ihrer Gefahren nehmen, wenn man unter gewissen Bedingungen (Zwangskonsiliarsystem unter Einbeziehung des Wohlhabendsten, Anzeigepflicht, schwere Bestrafung der Abtreibung) als Indikation der Schwangerschaftsunterbrechung für den Arzt schwere, durch die soziale Lage bedingte Gefahren für Leben und Gesundheit anerkennt. Nur indem man so die Masse der Abtreibungen zu fassen und in gesundheitlich wie sittlich weniger gefährliche Bahnen zu lenken versucht, und indem man gleichzeitig den Wert der Mutterschaft durch Fürsorge für die Familie hebt, wird unsere nationalbiologische Lage sich bessern können.

Herr Dugge: Stellung des Gerichtsarztes zur Frage der Abtreibung und Schwangerschaftsunterbrechung.

Vortr. erörtert die jetzige Rechtslage für die Aerzte, wonach jede Schwangerschaftsunterbrechung, soweit sie nicht in Notstand befindliche Angehörige betrifft, strafbar ist — eine Lage, die nur dadurch gemildert wird, daß sie eigentlich nur in der Theorie besteht, in praxi aber wohl nie eine Anklage und Verurteilung nach sich zieht — und nimmt dann Stellung zu dem neuen Strafgesetzentwurf, den er von dem Standpunkt der Sorge um die Allgemeinheit und von dem des ärztlichen Standes zu billigen empfiehlt; er lehnt aber die Abänderungsanträge der sozialistischen und kommunistischen Partei, in Übereinstimmung mit der überwiegenden Mehrzahl der Aerzte, ab.

Herr Wachenfeld: Die Frucht-Abtreibung vom kriminalistischen Standpunkt aus.

Vortr. legt zunächst die positiv-rechtlichen Bestimmungen über die Abtreibung und deren Abänderung in dem neuen Strafgesetzentwurf unter Betonung der grundsätzlichen Auffassung dar, daß die Abtreibung kein Tötungsdelikt an dem Embryo, sondern ein Gefährdungsdelikt ist, begangen an der Schwangeren und gerichtet zugleich gegen staatliches Interesse.

Sodann erörtert er die Strafwürdigkeit der Abtreibung. Er behauptet sie nicht nur aus populationistischen, sondern vor allem aus sozialen und volksgesundheitlichen Gründen. Für den Fall der Freigabe der Abtreibung weist er auf die Schwierigkeiten hin, die alsdann für die Bestrafung der Kindstötung in der ersten Zeit nach der Geburt entstehen.

Kompromißvorschläge, wie Freigabe in der ersten Zeit der Schwangerschaft oder bei Selbstbegehung durch die Mutter, weist er entschieden zurück.

Die weitere Frage, ob bei grundsätzlicher Beibehaltung der Bestrafung sich eine scharfe Scheidung zwischen unerlaubter und erlaubter Abtreibung ermöglichen läßt, bejaht er unter Hinweis auf die allgemeinen Grundsätze über die Rechtswidrigkeit. Nach richtiger Ansicht hat zwar der Arzt kein Recht zur Abtreibung, begehrt aber, wenn er sie in gesundheitlichem Interesse seiner Kranken vornimmt, deshalb kein Delikt, weil ihm sein staatlich anerkannter Beruf, ebenso wie ein Amt, vor Strafe schützt. Dieser Schutz kann sich aber nur beziehen auf Abtreibung aus gesundheitlichen, nicht aus sozialen Gründen, wie z. B. zur Ehrenrettung der Kranken.

Der neue Entwurf läßt, wie jede Operation, so auch den zwecks Erhaltung der Kranken nötigen Eingriff auf die Frucht nicht als Körperverletzung gelten. Wenn der Entwurf zum Schutze des Arztes dessen Eingriff auch unter dem Gesichtspunkt der Nothilfe straflos lassen will (cf. Begründung S. 118), so ist dagegen nichts einzuwenden, wenn nur nicht der § 22 E auch dem Kurpfuscher zugute käme! Soll dies nicht der Fall sein, muß dem Nichtarzt, eine Abtreibung vorzunehmen, mindestens im Verwaltungswege verboten werden.

Zur Erwirkung der Straffreiheit genügt Vornahme durch einen Arzt. Zuziehung eines zweiten Arztes oder Verweisung an eine Entbindungsanstalt zu fordern, ist nicht nötig.

Die fahrlässige Abtreibung, die, wie im StrGB., auch im Entwurf nicht erwähnt wird, bedarf keiner besonderen Hervorhebung, da die Abtreibung als Gefährdungsdelikt an der Schwangeren die Möglichkeit läßt, hier wegen fahrlässiger Körperverletzung der Schwangeren zu strafen.

Zu begrüßen ist, daß die Strafen für die vorsätzliche Abtreibung in dem neuen Entwurf wesentlich milder gestaltet und vor allem Zuchthausstrafen grundsätzlich beseitigt sind. Unter Umständen werden geringe Strafen genügen. Nur ein gänzlicher Verzicht auf Bestrafung für eine gesundheitlich nicht gebotene und nicht durch den Arzt vorgenommene Abtreibung ist unangebracht.

Wissenschaftlicher Verein der Aerzte zu Stettin.

Sitzung vom 20. Oktober 1925.

Herr Springborn demonstriert eine 25 Jahre alte Kranke mit einem seit ca. 1 Jahr bestehenden Morbus Basedow, der das typische Symptomenbild zeigt. Im Vordergrund eine Gewichtsabnahme von über 30 Pfund und Herzbeschwerden sowie Tachykardie. — Unter Jodbekämpfung mit kleinen Dosen (täglich 15 Tropfen einer modifizierten Lugollösung) Schwinden der subjektiven Beschwerden, Gewichtszunahme von über 12 Pfund in 4 Wochen, Absinken der Pulsfrequenz von 130 auf 80. Rückgang der Lymphozyten im Blutbild von 52 Proz. auf 27 Proz. Weiter wurde deutliche Verkleinerung der Struma beobachtet, auch ein Zurückgehen des Exophthalmus. Im Anschluß daran wurde eine kurze Darstellung der Frage der Jodtherapie der Thyreotoxikosen gegeben und besonders auf die regionären Verschiedenheiten der Hyperthyreosen hingewiesen.

Weiter wurden 3 atypische Fälle von multipler Sklerose demonstriert, darunter eine beginnende, wohl dem von Cassirer beschriebenen Zervikaltyp zuzurechnende Form, die als leichte Symptome eine leichte Parese beider Hände und Astereognosie sowie Störungen des Lagegefühls bei vollkommen erhaltener Sensibilität für die anderen Empfindungsqualitäten darbot.

Als letzter Fall wurde eine chronisch-progressive Form der Encephalitis epidemica gezeigt. Es handelte sich um ein typisches amyotatisch-hypertonisches Symptomenbild, das sich im Laufe des letzten Jahres entwickelt hatte. 1920 Grippe mit wochenlang andauernden Schlafstörungen im Anschluß daran. In den folgenden 4 Jahren war die Kranke beschwerdefrei, bis vor ca. 1 Jahr sich das vorliegende Bild zu entwickeln begann.

Aussprache: Herr Wigand, Herr Mühlmann.

Herr Krösing: Demonstrationen:

a) Lupus vulgar. Gesicht und Hals. Jahrelang auf die verschiedenste Weise mit nur unvollkommenem Erfolg behandelt. Jetzt bemerkenswerte Besserung durch Pyrotropin (Luposan).

b) Lupus erythematodes des Gesichts. Schmetterlingsform. Ganz alter Fall. Viel erfolglos behandelt. Jetzt wesentlich gebessert durch Krysolganeinspritzungen 0,001–0,01 steigend.

c) Erythema nodosum der Unterschenkel. Beginn im Bereich der Kniee, erysipelartig. Eintrittspforte des Virus nicht eruierbar. Besserung anscheinend auf Novoprotininjektionen.

d) Pityriasis rosea.

Aussprache: Herr Lichtenauer.

Herr Geinitz spricht über den heutigen Stand der Chirurgie der peripheren Nerven und gibt in großen Zügen einen Rückblick über das durch die hervorragenden Leistungen deutscher und österreichisch-ungarischer Aerzte während und nach dem Kriege auf diesem großen Gebiet Erreichte. Die Forschung ist wenigstens in den praktisch wichtigen Fragen zu einem gewissen Abschluß gekommen. Besprochen wird u. a. der heutige Kenntnisstand der trophischen Störungen und der De- und Regeneration und zum Schluß die nach einem nunmehr ausreichenden zeitlichen Abstand wohl einigermaßen zutreffend zu überschenden Fernresultate.