

denn es wird nicht die Funktion geprüft, d. h. das, was das Herz leisten kann, sondern nur, ob es insuffizient ist oder nicht. Wir halten daher die Bezeichnung „Methode zur Prüfung der Dekompensation“ für angebrachter.

Bei 90 Kranken der Abteilung wurde die Kauffmannsche Methode in der Heilbronnerschen Modifikation nachgeprüft. Als Beispiel einen positiven und negativen Versuch:

	negativ	positiv
1. Stunde	150/1010	85/1010
2. „	150/1011	145/1008
3. „	160/1011	100/1005
4. „	150/1011	125/1003
5. „	160/1011	250/1007
6. „	130/1010	265/1008

Stundenmittelwerte:

	negativ	positiv
Vorperiode	152	116
Hochlagerungsperiode	145	257

Bei Gesunden war manchmal der Stundenmittelwert der Hochlagerungsperiode größer als der der Vorperiode, aber höchstens bis 45 ccm, bei Stundenwerten von 205/250 ccm, in einem Teil der Fälle waren beide Stundenmittelwerte gleich, sehr oft wurde im Mittel in der Vorperiode mehr ausgeschieden, bis $\frac{1}{2}$ des Stundenmittelwertes der Nachperiode. Fehlerquellen wie vermehrte Transpiration in den Mittagstunden im Sommer kommen nicht in Betracht. Daraufhin betrachten wir im Einklang mit Heilbronner den Versuch nur dann als positiv, wenn der Stundenmittelwert der Hochlagerungsperiode den der Vorperiode um 30 ccm übersteigt, mit den schon oben erwähnten Einschränkungen.

In der nächsten Versuchsreihe wurden Kranke mit Myodegeneratio cordis dem Versuch unterworfen. Diejenigen, die Zeichen einer leichten bis mäßigen Dekompensation, wie leichte Knöchelödeme, bzw. Stauungskatarrh, vergrößerte Leber oder auch nur Urobilinogen im Urin aufwiesen, zeigten bei Hochlagerung eine vermehrte Diurese. Bei hochgradigen Oedemen hätte die Hochlagerung keinen Einfluß auf die Diurese. Auf Grund dieser Erfahrungen zogen wir Personen mit Myodegeneratio cordis ohne Insuffizienzerscheinungen zum Versuch heran und erhielten manchmal ein positives Resultat. Da die Methode bei Dekompensationen sich als so zuverlässig gezeigt hatte, wurden diese Fälle als Herzinsuffizienz im Sinne der latenten Oedeme betrachtet. Durch folgende Tatsachen wurde diese Annahme bestätigt. Bei denselben Personen wurde entweder nach einer Digitaliskur oder auch nur nach Bettruhe und Fasttagen später bei wiederholter Prüfung immer ein negatives Ergebnis gefunden. Eine kleine Anzahl von den Kranken, bei denen der Versuch positiv ausgefallen war, ohne klinische Dekompensationerscheinungen, wurden ohne Therapie außer Bett gelassen. Nach einiger Zeit trat Stauungskatarrh, Nykturie, Urobilinogenurie usw. auf.

Hiervon ausgehend diene uns manchmal der Kauffmannsche Versuch zur Herzüberwachung, besonders da wir manchmal Schwankungen im Zustande desselben Kranken finden und frühzeitig eingreifen konnten.

Klappenfehler jeder Art, Endokarditiden verhielten sich wie die muskulären Erkrankungen. Bei 3 Kranken mit Verdrängung des Herzens ohne klinische Insuffizienz war der Versuch positiv, bei Herzneurose negativ.

Bei Nierenerkrankungen ergab die Methode ein wechselndes Bild. Meist war bei Hochlagerung die Diurese nicht vermehrt, gleichgültig, wie das klinische Bild (Oedeme, Eiweiß im Urin, Blutdruck usw.) oder die Form der Nierenerkrankung war. Auch Wiederholungen nach längerer Zeit, als sich das Zustandsbild vollkommen gewandelt hatte, ergaben keine Klarheit. Infolgedessen lehnen wir die Möglichkeit, bei Nierenerkrankungen wie bei den Herzaaffektionen durch den Kauffmannschen Versuch einen tieferen Einblick zu gewinnen, ab.

Bei Lungentuberkulose antworteten Kranke mit proliferativ-zirrhatischen und zirrhatischen Formen auf Beinhochlagerung nicht mit einer Steigerung der Diurese, während dies bei exsudativen Formen, ausgenommen die allerschwersten, öfters eintrat. Dann fanden sich klinisch meist Dekompensationserscheinungen, bzw. sie traten später auf. Ohne weiteres kann dies Resultat auf toxische Schädigungen des Herzmuskels, die autoptisch oft gefunden werden (Töppich), zurückgeführt werden. Da in den allerschwersten exsudativen Fällen (Kachexie, Austrocknung, geringe Diu-

rese) der Versuch negativ verlief, so sagt nur der positive Ausfall mit Sicherheit eine Schädigung an, während ein negativer nur mit Berücksichtigung aller klinischen Daten zu verwerten ist.

Oedeme auf anderer Grundlage, wie Leukämie, Tumoren im Abdomen mit Druck auf die Vena cava, zeigten nach Hochlagerung keine Ausschwellung.

Ebenso wie Heilbronner sehen wir in dem Kauffmannschen Versuch nach den obigen Ergebnissen und Ausführungen eine Methode, die mit größter Wahrscheinlichkeit das Herz prüft. Die Einfachheit der Durchführung ohne komplizierte Apparate, die nach einiger Schulung in Hände von Pflegerinnen usw. gelegt werden kann, ermöglicht es jedem Arzte, bei Herzkranken genau festzustellen, ob noch eine Herzdekompensation vorliegt oder nicht, und seine Therapie darnach einzurichten. Besonders bei Myodegeneratio alter Leute, die ja meist einer langdauernden Digitalistherapie unterzogen werden müssen, möchten wir sie zur Kontrolle dringend empfehlen. Von großem Wert wird der Versuch für Gutachter sein, die durch ihn bei Klagen über Dekompensationsbeschwerden ohne sonstigen klinischen Befund sicherer als bisher ihr Urteil fällen können, desgleichen bei Herzneurose.

Zusammenfassung:

1. Bei Gesunden findet sich bei Beinhochlagerung keine gesteigerte Diurese (negativer Kauffmannscher Versuch).
2. Bei Herzkranken wird Dekompensation, mit Einschluß der latenten Oedeme, außer den allerschwersten Fällen, durch vermehrte Diurese nach Beinhochlagerung mit Sicherheit angezeigt.
3. Bei Nierenerkrankungen ist die Methode nicht zu verwenden.
4. Bei Tuberkulose ergibt die Methode bei exsudativen Formen teilweise einen positiven Ausfall.

Nachtrag bei der Korrektur: A. v. Torday: Der Wert der Kauffmannschen Wasserprobe bei Herzfehlern, W.kl.W. 1925, 934, kam bei Herzgesunden und Herzkranken zu demselben Ergebnis wie Heilbronner und wir. Er findet die Methode brauchbar zum Nachweis beginnender Herzinsuffizienz.

Literatur:

1. Eppinger: Pathologie und Therapie des menschlichen Oedems. Springer, 1917. — 2. Heilbronner F.: Untersuchungen des Kreislaufes nach der Methode von F. Kauffmann. D.m.W. 1924, 18. — 3. Fr. Kauffmann: Zur Diagnose des latenten Oedems. D.Arch. f. klin. M. 137. — 4. Derselbe: Ueber den Diureseversuch unter Hochlagerung und seine diagnostische Bedeutung. B.kl.W. 1921, 1247. — 5. Magnus-Alsleben: Ueber Funktionsprüfung des Herzens. Kl.W. 1924, 1. — 6. Pfeffer und Rehberg: Die plethysmographische Kurve bei latentem Oedem. Zschr. f. klin. M. 95. — 7. Romberg: Lehrbuch der Herzkrankheiten. — 8. Töppich Gerhard: Beiträge zum Verhalten des Myokards bei Tuberkulose. Virch. Arch. 249. — 9. Volhard: in Mohr-Stähelin, Handb. d. inn. M. 3, H. 2.

Bemerkungen zu G. Winter: Der künstliche Abort*).

Von A. Döderlein.

In einem ärztlichen Abtreibungsprozeß machte der Verteidiger zugunsten seines Klienten geltend, daß die Schuld an solchen Vergehen der Aerzte die geburtshilfliche Wissenschaft trage, weil sie die Indikationen zur Unterbrechung der Schwangerschaft nicht genau festlegen wolle und namentlich der Ref. sich stets geweigert habe, derartige Richtlinien für die Aerzte aufzustellen. Ich wies seine Behauptung scharf zurück, wies darauf hin, daß ich im Jahre 1917 in d. Wschr. (Nr. 29) für die Aerzte die Indikationen zur Schwangerschaftsunterbrechung im Auftrage des Aerztlichen Vereins München mitgeteilt habe, und daß auch unsere Wissenschaft eifrig bestrebt sei, die Anzeigen für die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft immer schärfer herauszuarbeiten. Um so willkommener muß es begrüßt werden, daß der auf diesem Gebiete besonders erfahrene Verfasser vorliegender Monographie, G. Winter, dieses schwierige Kapitel lehrbuchmäßig behandelt hat, unter Bezug-

* G. Winter-Königsberg: Der künstliche Abort. Indikationen, Methoden, Rechtspflege. Für den geburtshilflichen Praktiker. Stuttgart, Enke, 1926. Preis M. 7.50.

nahme auf seine vor 8 Jahren erschienene Monographie: „Die Indikationen zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft“, in der er die wissenschaftlichen und klinischen Unterlagen für dieses Buch vorlegte.

Die gerichtliche Erfahrung lehrt, daß von den Aerzten als häufigste Veranlassung zur Beseitigung einer Schwangerschaft zwei Indikationen genommen werden: 1. die Tuberkulose, 2. Herzerkrankungen.

Winter zeigt auf Grund der Darlegungen der in der Literatur von Internisten und Gynäkologen niedergelegten Erfahrungen über die Einwirkung der Schwangerschaft und ihrer Unterbrechung auf die Lungentuberkulose klipp und klar, daß der künstliche Abortus bei den latenten Formen der Lungentuberkulose prinzipiell abgelehnt werden muß. Das ist der springende Punkt; denn die weitaus meisten Fälle, die bei gerichtlicher Verfolgung der Aerzte zutage treten, liegen so, daß der Betreffende, der die Unterbrechung vornimmt, sich zur Rückendeckung ein Zeugnis von seiten eines Kollegen ausstellen läßt, der in der Sprechstundenuntersuchung irgendeine leichte Veränderung einer Lungenspitze auskultatorisch oder perkutorisch nachgewiesen zu haben glaubt, darnach z. B. auf einem Rezept die Zustimmung zur Unterbrechung gibt: „Concedo“. Der Sachverständige kann niemals auf Grund seines Eides vor Gericht ein derartiges Gebaren und eine derartige Feststellung der Tuberkulose für die Unterbrechung der Schwangerschaft als berechtigt anerkennen. Man lese, wie Winter diesen Ausspruch begründet.

Anders liegt die Sache bei der manifesten Tuberkulose, die er als Grund für die Beseitigung der Schwangerschaft anerkennt, aber nur bis zum 7. Monat der Schwangerschaft, da in den letzten 3 Monaten das Interesse des Kindes über das der ohnehin verlorenen Mutter zu stellen ist. Wenn somit die scharfe Trennung der latenten von der manifesten Tuberkulose ausschlaggebend für das Verhalten der Aerzte einer Schwangerschaft gegenüber ist, so hat dies weiterhin die Pflicht zur Folge, diese beiden Formen im einzelnen Falle gut zu trennen. Das ist nicht so leicht, daß dazu eine einfache, in wenigen Minuten durchgeführte Sprechstundenuntersuchung genügt, so daß dieses symbiotische Verhalten zweier Aerzte, wie es immer wieder vor Gericht erscheint, nicht anerkannt werden kann. Winter zeigt ausführlich, welche Untersuchungsmethoden dazu angewandt werden müssen und verlangt vor allem in jedem Falle eine klinische Beobachtung von 8 Tagen mit Anwendung all der hier in Betracht kommenden klinischen, biologischen und bakteriologischen Untersuchungsmethoden.

In allen Fällen von Larynx tuberkulose ist die Unterbrechung der Schwangerschaft bis zum 6. oder 7. Monat vorzunehmen, dagegen die künstliche Frühgeburt als erfolglos zu unterlassen.

Auch die Stellung der Herzerkrankungen gegenüber der Unterbrechung der Schwangerschaft ist keineswegs so, daß man ohne weiteres bei irgendeiner Störung der Herzfunktion berechtigt ist, die Schwangerschaft zu unterbrechen. So weist Winter vor allem die Unterbrechung der Schwangerschaft bei den kompensierten Klappenfehlern von vornherein ab, einschließlich der Mitralstenose. Auch die prophylaktische Indikation auf Grund früherer Kompensationsstörungen ist nicht anzuerkennen, solange nicht Kompensationsstörungen bestehen. Objektiv nachweisbare Kompensationsstörungen verlangen die Unterbrechung, wenn sie anderweitiger Behandlung trotzen oder nach vorübergehender Besserung bald wiederkehren, wenn sie bei Mitralstenose auftreten und wenn sie zu bedrohlichen Erscheinungen der Insuffizienz führen. Frische Endokarditis erfordert die Unterbrechung; Komplikationen mit extrakardialer Erkrankung, Reizleitungsstörungen mit totalem Herzblock bei sonst krankem Herzen, Myokarditis verlangen die Unterbrechung.

Ich habe diese beiden Indikationen, Tuberkulose und Herzerkrankungen ausführlicher referiert, weil sie die Hauptrolle bei der Indikationsstellung der Aerzte spielen. Ebenso gewissenhaft und sorgfältig prüft nun Winter alle anderen Indikationen, die ich hier nicht näher ausführen möchte, so die Schwangerschaftstoxikosen, die Erkrankungen des Eies, die Erkrankungen der anderen Organe des Körpers, namentlich Nierenerkrankungen, Blutkrankheiten, Störungen der inneren Sekretion, Krankheiten des Gehirns, Rückenmarks und der peripheren Nerven, der Sinnesorgane, der weiblichen Genitalorgane, dann die Gefahren bei bevor-

stehender Geburt. Als abzulehnende medizinische Indikationen bezeichnet er Varizen, selbst sehr ausgedehnte, die durch Schonung und Hochlagerung der Beine bekämpft werden können, Hernien, Bauchtumoren, Appendizitis, Cholezystitis und Cholelithiasis, allgemeine Schwächezustände. Ebenso werden abgelehnt soziale und eugenetische Indikation und die Notzuchtsindikation.

Winter stützt sich bei seinen Ausführungen nicht nur auf eine erschöpfende Literaturkenntnis, sondern er hat — und das erhöht den Wert seines Buches — auch durch Umfrage die Meinung der einzelnen deutschen Gynäkologen über die verschiedenen Streitpunkte eingeholt, so daß das Buch wirklich den Ausdruck des Standpunktes der gegenwärtigen Wissenschaft bringt und Aerzten und Juristen wohl alle Fragen, die dabei auftauchen, einwandfrei beantwortet. Daß nicht in allen Punkten Übereinstimmung herrscht, ist klar; Winter ist unparteiisch genug, auch andere Meinungen zur Geltung zu bringen.

In den Schlußkapiteln werden die Methoden für die Unterbrechung der Schwangerschaft und die Rechtspflege behandelt.

Ref. ist überzeugt, daß das Buch der Ratgeber sein wird, dessen die Gegenwart bei der außerordentlichen Verbreitung auch der ärztlichen Abtreibungen dringend bedarf.

Aus der Chirurgischen Abteilung des Marienkrankenhauses
Berlin.

Targesin in der Chirurgie.

Von San.-Rat Dr. Scheuer.

Es ist verwunderlich, daß die bei Gonorrhoe gemachten guten Erfahrungen mit Targesin nicht schon die Idee aufkeimen ließen, das Mittel, nachdem es von Gutzeit mit Erfolg in die Ophthalmologie eingeführt war, auch bei chirurgischen Erkrankungen zu benutzen. Es war mir daher interessant, das Targesin auch bei chirurgischen Erkrankungen zu versuchen. Auf experimentelle und wissenschaftliche Versuche habe ich nach den umfassenden Arbeiten von Steinbiß, Loewe und Lange, Jacobson und Langer verzichtet und mich auf klinische Versuche beschränkt. Leider war das Material in dieser Hinsicht in letzter Zeit, z. B. Sepsis, nicht sehr günstig. Ich kann aber berichten, daß das Targesin in den angewandten Fällen sich gut bewährt hat. Es wurde in Lösung, als Pulver, Salben, Pasten und Zäpfchen angewendet.

Wir benutzten das Mittel zunächst zur Spülung der Harnblase bei Zystitis; nach anderweitigen Erfahrungen bei Cystitis gonorrhoeica waren ja Erfolge zu erwarten. Wir haben die gleichen günstigen Resultate auch bei anderen Infektionsquellen bestätigt gefunden, so z. B. bei Prostatahypertrophie oder Erkältungszystitiden. Verwendet wurden ½—1proz. Lösungen. Ganz besonders zu bemerken ist, daß die Einverleibung reizlos und nahezu völlig schmerzlos ist, und daß im Gegensatz zum Argentum nitricum, dessen Lösungen infolge Harndrangs meist sehr bald wieder ausgeschieden werden, Targesinlösungen stundenlang in der Blase gehalten werden können, wodurch eine protrahierte Wirkung erzielt wird. Das Resultat war dann auch meist, daß schon nach wenigen täglichen Spülungen ein klarer Urin erzielt wurde und die sonstigen Symptome der Zystitis dauernd schwanden.

Das Targesin in der Behandlung von Wunden wurde überall da erprobt, wo sonst die bisher gebräuchlichen Mittel, wie Dermatol, Jodoform u. a., Verwendung fanden. Ueberall, wo man eine desinfizierende Wirkung ausüben will, ist Targesin gut zu gebrauchen. Ich gestehe, daß ich persönlich in bezug auf die Möglichkeit einer Desinfektion infizierter Wunden skeptisch bin und schätze die bakteriologischen Versuche in vitro bei ihrer Anwendung auf die biologischen Verhältnisse nicht allzu hoch ein. Das Targesin ist in bezug hierauf den anderen Mitteln (Pulvern und Lösungen) mindestens gleichwertig und ist wegen seiner absoluten Reizlosigkeit sehr angenehm. Es ist anzunehmen, daß die keimtötende Kraft des Targesin den Eitererregern gegenüber nicht sehr groß ist. Es hat aber, wie Steinbiß nachgewiesen hat, eine ausgesprochene Fähigkeit der Entwicklungshemmung, was viel wichtiger als direkte Desinfektionskraft ist. Daraus erklären sich wohl auch meine Erfolge bei der Wundbehandlung.

Ein Gebiet, auf dem ich das Targesin sehr schätzen gelernt habe, ist das der Behandlung der Ulcera cruris. Targesin scheint hier eine gewisse spezifische Wirkung zu haben. Ich bevorzuge einen öfteren Wechsel der zu applizierenden Heil-

*) Zur Herstellung von Targesinsalben eignet sich am besten Eucerin. Wenn die frisch hergestellte Salbe auch mitunter kleine Targesinpartikelchen enthält, so lösen diese sich doch bald in dem im Eucerin enthaltenen Wasser.