

der Atoxylbehandlung bei uns verständlich. Es wäre aber meines Erachtens nicht richtig, aus der Tatsache, daß die Atoxylinjektionen gerade bei den ulzerösen Syphilisformen so gut wirken, den Schluß zu ziehen, daß das Atoxyl stärker auf das Syphilisvirus wirkt als Quecksilber; denn die ulzerösen Frühformen der Syphilis werden nicht durch eine besondere Quantität oder Qualität des syphilitischen Virus bedingt, sondern durch eine Intoleranz des Organismus. Das geht daraus hervor, daß sich die Malignität solcher Fälle nicht bei weiterer Infektion überträgt. Andererseits sieht man bei Konfrontation, daß die Quelle der ulzerösen Prozesse Syphilisfälle von normaler Schwere sind. Ferner möchte ich noch weitere Momente dafür anführen, daß die ulzerierenden Syphilisformen nicht durch das syphilitische Virus, sondern durch die Intoleranz des Organismus bedingt werden: 1. am häufigsten tritt die ulzeröse Frühform der Syphilis im Greisenalter auf und bei der Infektion in der frühesten Jugend; 2. bei herabgekommenen Individuen, bei denen Alkoholgenuß, Diabetes und Tuberkulose eine große Rolle spielen; 3. bei Fällen, wo Mangel an Reinlichkeit besteht und somit den Staphylococccen und Streptococccen eine Eingangspforte gegeben ist. In der Privatpraxis sieht man ja diese ulzerösen Frühformen der Syphilis äußerst selten.

(Die Diskussion wird geschlossen, das Schlußwort auf die nächste Sitzung vertagt.)

II. Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg i. Pr.

Sitzung am 18. Februar 1907.

Vorsitzender: Herr Lichtheim; Schriftführer: Herr Heine.

1. Herr Michaelis: **Krimineller Abort.**

Michaelis wurde zu einer gutsituierten verheirateten Frau gerufen, die angab, morgens, ebenso wie schon drei Tage vorher, einen heftigen Schüttelfrost gehabt zu haben; sie befinde sich übrigens in den ersten Monaten der Schwangerschaft. Temperatur 39,6, Puls 130. Uterus entspricht dem dritten bis vierten Monat der Gravidität. In der Tiefe, links, nahe der Mittellinie Druckempfindlichkeit. Anamnese ergibt, daß Patientin nur einmal vor 2½ Jahren geboren hat. Langdauernder Partus, Forceps, Dammriß, Damrnaht, zweimalige Narkose. Fieber in puerperio; nach fünf Wochen doppelseitige Schenkelvenenthrombose. Patientin lag etwa ein Vierteljahr im Wochenbett. Auf Grund von Befund und Anamnese wird an die Patientin die Frage nach einem Eingriff zur Herbeiführung des Abortes gerichtet. Nach Hinweis darauf, daß nur Klarstellung des Vorausgegangenen dem Arzte eine richtige Therapie ermögliche, wird konzediert, daß von einer weiblichen Medizinalperson dreimal der Versuch gemacht worden sei, durch intrauterine Spülung den Abort herbeizuführen. Das erste Mal vor drei Wochen, das letzte Mal vor acht Tagen. Das Instrument, mit dem die Manipulation ausgeführt wurde, ein alter, sehr spitzer, stark gekrümmter Uteruskatheter nach Bozeman-Fritsch. Er war, ebenso wie Irrigator und Schlauch vor Ausführung des Eingriffes ausgekocht worden. In der Narkose wird vorsichtig mit Hegarschen Dilatatoren dilatiert. Dabei fällt auf, daß der Cervicalkanal vollkommen geschlossen ist, obgleich ihn der Uteruskatheter angeblich passiert hat. Bei Einführung des Fingers zeigt sich an der Vorderwand des Cervicalkanal vor dem inneren Muttermund eine Perforationsöffnung, die offenbar hinter die Blase führt und für einen Finger durchgängig ist. Bei den Abtreibungsversuchen ist mithin eine schwere Verletzung zustande gekommen. Die Ausräumung gestaltet sich bei der Enge des in toto erhaltenen Cervicalkanal und dem Vorhandensein von Placenta und Foetus in utero ziemlich schwierig. Nach Ablösung der Placenta mit dem Finger wird sie, ebenso wie der Foetus stückweise mit der Winterschen Abortzange entfernt. Vom Hönigschen Handgriff muß schon mit Rücksicht auf den bestehenden Infektionszustand abgesehen werden. Wochenbettsverlauf völlig afebril und reaktionslos, keine Exsudatbildung. Patientin konnte nach acht Tagen aufstehen. Michaelis demonstriert den zur Abtreibung benutzten Uteruskatheter und die ausgeräumten Teile des 12 cm langen Foetus und der Placenta. Michaelis ist der Ansicht, daß dem Ueberhandnehmen der kriminellen Aborte nur gesteuert werden könne, wenn allein der Abtreiber sich strafbar mache. Jetzt seien einerseits dem Arzt durch das Berufsgeheimnis die Hände gebunden; er könne den Abtreiber nicht denunzieren, da sonst auch die Patientin dem Gericht verfallte. Andererseits wärten die Opfer der Abtreiber und ihre Angehörigen das Geheimnis aus Furcht vor Strafe aufs ängstlichste. So sei der Abtreiber durch das Gesetz aufs beste geschützt.

Diskussion: Herr Forstreuter stimmt dem Vortragenden zu, wenn er die Fruchtabtreibung durch die Hebamme nicht zur Anzeige gebracht hat, da eine Verhinderung des Verbrechens nicht mehr zu bewerkstelligen war. Er ist aber der Ansicht, daß eine

fieberhafte Erkrankung nach Abort auch als Kindbettfieber aufzufassen ist, und daß demnach der Vortragende verpflichtet gewesen wäre, nach § 1 des Landeseuchengesetzes vom 28. August 1905 der Ortspolizeibehörde die Anzeige über den Erkrankungsfall zu erstatten und nach § 8 Absatz 3 desselben Gesetzes die Hebamme, welche bei der Kranken tätig gewesen ist, zu benachrichtigen. Es wäre alsdann nach § 6 des obigen Gesetzes eine Untersuchung des Falles durch den zuständigen Medizinalbeamten erfolgt und die Verfehlung der Hebamme vielleicht aufgedeckt worden. Der Herr Kollege habe die Anzeige wohl unterlassen, um seiner Klientel Weiterungen und Schädigungen zu ersparen, was ja zu verstehen sei, aber ihn selbst der Gefahr der Bestrafung aussetze.

Herr Michaelis (Schlußwort) erwidert Herrn Forstreuter, daß er es nicht für sehr wahrscheinlich halte, daß der nach erfolgter Anzeige des Kindbettfiebers recherchierende Beamte etwas über die Aetiologie des Abortes in Erfahrung bringen werde. Der von Michaelis berichtete Fall habe zur Meldung an die Ortspolizeibehörde aber gar keinen Anlaß geboten, da es sich nur um Febris intra partum, nicht aber um Kindbettfieber gehandelt habe, denn das Wochenbett sei afebril verlaufen.

2. Herr Fritz Müller: **Mikroskopisches Präparat eines Ovarialsarkoms.**

Im Zentrum fanden sich Reste eines Embryoms in Gestalt eines vollkommen ausgebildeten Dickdarms vor.

3. Herr E. Friedberger: **Verhalten von Präzipitaten gegenüber der Fäulnis.**

Vortragender berichtet über die von ihm beobachtete Tatsache, daß Präzipitate wie sie beim Zusammentreffen von Eiweiß mit einem homologen „Antieiwweißserum“ entstehen gegenüber der stinkenden Fäulnis eine absolute Resistenz zeigen. Dichte Aufschwemmungen derartiger Präzipitate können monatelang ohne Zusatz irgendwelcher Antiseptica in offenen Gefäßen bei Zimmertemperatur oder Körpertemperatur aufbewahrt werden, ohne daß stinkende Fäulnis eintritt. Selbst der künstliche Zusatz geringer Mengen von Faulflüssigkeiten bewirkt keine stinkende Zersetzung. (Demonstration derartiger, mehrere Monate alter Aufschwemmungen.) Die Eiweißfäulnis bedingenden Bakterien fehlen weder in den Präzipitatflüssigkeiten, noch haben sie die Fähigkeit verloren, Eiweißkörper unter Bildung stinkender Zwischenprodukte zu zersetzen. Die Verimpfung einer minimalen Menge der Präzipitatflüssigkeit in eine sterile faulfähige Flüssigkeit (z. B. Bouillon) bewirkt hier stinkende Fäulnis. Die Fäulnisresistenz hat also nicht in dem Verhalten der Bakterien ihre Ursache. Vortragender nimmt an, daß sie darauf beruht, daß die Gruppe des Eiweißkomplexes, in die für gewöhnlich die Fermente der Fäulnisbakterien eingreifen von dem Präzipitin occupiert ist (Analogie mit dem Verhalten des Formalin-Eiweißes [Schwarz] und der Präzipitate [E. P. Pick] gegenüber peptischen und tryptischen Fermenten).

4. Herr Klieneberger: **Luftdruckerkrankungen beim Bau der grünen Brücke.**

Pneumatische Fundierungen für den Bau von Brücken haben erst seit 1839, als Triger das Prinzip des Caissons in die Technik einführte, allgemeine Bedeutung gewonnen. Seitdem häufen sich die Berichte über Erkrankungen und Todesfälle bei Caissonarbeitern. Die sogenannte Caissonkrankheit ist im wesentlichen eine Dekompressionserkrankung. „On ne paie qu'en sortant.“ (Pol und Wattle). Die Erschöpfungs- oder Erkältungstheorie, sowie die mechanische Theorie sind nicht imstande, die pathologischen Tatsachen der Dekompression zu erklären; sie sind zu dem durch die experimentellen Stützen der Gastheorie (Hoppe-Seyler, Paul Bert) widerlegt. Die Erkrankungen der Caissonarbeiter während und nach der Ausschleußung sind die Folgen des Freiwerdens von Stickstoff aus dem Blute, der unter dem erhöhten Druck in erhöhtem Grade resorbiert war. („La décompression brusque“ von Paul Bert.) Zu den Erscheinungen des akuten Caissonismus sind Ohrerkrankungen und gewisse Atemveränderungen in komprimierter Luft zu rechnen. Daneben bilden sich als Folge von Erkältung und Durchnässung, denen Caissonarbeiter besonders ausgesetzt sind, chronische Bronchitiden, Emphysem und Herzveränderungen aus. — Die bei der raschen Ausschleußung freiwerdenden Blutgase sammeln sich aus dem venösen System im rechten Herzen, bedingen Herz- und Lungenstörungen oder werden von den Arterien in den ganzen Körper getragen, bedingen dann Gefäßembolien, eventuell ischämische Nekrosen. Am meisten gefährdet sind die lebenswichtigen Gebiete mit Endarterien (Dorsalteil des Rückenmarkes). In der Literatur sind bis 1900 (Schrötter, Mager und Heller) 137 Todesfälle zusammengestellt; dazu kommen in neuester Zeit sieben Todesfälle bei Apparatauchern, die unter ähnlichen Bedingungen arbeiten (Zografidi). Man unterscheidet bei diesen Dekompressionskrankheiten Reiz- und Lähmungserscheinungen und rechnet zur ersten Kategorie die Parästhesien und Schmerzen, zu dieser