

# VEREINS- UND KONGRESSBERICHTE.

## Vereinigte ärztliche Gesellschaften, Berlin, 12. und 19. XII. 1917.

Vorsitzende: Herren Orth und Landau; Schriftführer: Herren Landau und Virchow.

### (12. XII.) Fortsetzung der Verhandlung über: Die ärztliche Unterbrechung der Schwangerschaft.

1. Herr Kraus: Vortragender bespricht die inneren Krankheiten, welche zu einer Schwangerschaftsunterbrechung führen können. Bei dem Fehlen einer zuverlässigen Statistik der Erfolge des künstlichen Aborts und der Unsicherheit der Prognose sind diese Fragen sehr schwierig zu beurteilen. So z. B. kann die Lungentuberkulose die Gesundheit der Schwangeren ungünstig beeinflussen bzw. kann eine Schwangerschaft ungünstig auf den Verlauf der Tuberkulose wirken, braucht es aber — selbst bei Wiederholungen — nicht. Tod an Tuberkulose in der Schwangerschaft ist selten. Verschlechterung der Tuberkulose, deren Gründe wir oft nicht kennen, kann zum Tode führen. Nur wenn man nach Erschöpfung aller diagnostischen Hilfsmittel die Überzeugung einer das Leben der Schwangeren bedrohenden Gefährdung hat, darf man die Schwangerschaft unterbrechen. Ganz ähnlich liegen die Verhältnisse bei Herz-, Nieren-, Stoffwechsel- und anderen inneren Erkrankungen. Sie machen nur selten eine Unterbrechung der Schwangerschaft notwendig und nur dann, wenn eine anderweitige, eventuell operative Behebung der Erkrankung nicht möglich ist. Die Indikationen von seiten der Inneren Kliniken bieten keinen Anlaß, eine Aenderung des Gesetzes zu fordern.

2. Herr Bonhoeffer: Vortragender bespricht die Beziehungen zwischen Geistesstörungen und Schwangerschaftsunterbrechung. Auch hier liegt selten eine Indikation zum künstlichen Abort vor. Oft wird zu Unrecht ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Schwangerschaft und Geisteskrankheit angenommen; bei dem im Wesen vieler psychischen Defekte liegenden Wechsel kommt häufiger ein zufälliges Zusammentreffen von Verschlimmerungen und Schwangerschaft vor, ohne daß etwa eine Unterbrechung der Schwangerschaft Besserung zu bringen vermöchte. Sehr selten (manisch-depressives Irresein) macht die Selbstmordgefahr oder Nahrungsverweigerung den künstlichen Abort nötig. Beim jugendlichen Irresein sind schwere Verschlimmerungen im Anschluß an das Wochenbett möglich. Die Hysterie gibt niemals Anlaß zur Schwangerschaftsunterbrechung; die psycho-neurotischen Zustände aber bieten hier zuweilen große Schwierigkeiten. Auch bezüglich der eugenischen Indikation der Schwangerschaftsunterbrechung ist große Vorsicht in der Beurteilung am Platze. Die Kenntnis der Vererbungsgesetze versagt im Einzelfall. In bezug auf die Vererbung herrscht vielfach ein unberechtigter Pessimismus.

Besprechung. Herr Krohne: Die ärztliche Unterbrechung der Schwangerschaft hat erheblich zugenommen mit Zunahme der Angst vor dem Kinde. Die Aufstellung der sozialen Indikation aus wirklichen oder vermeintlichen bevölkerungspolitischen Gründen ist ungebührlich, ihre Anwendung strafbar. Die Aerzte sollten sich streng an die medizinischen Indikationen halten, gemäß den Leitsätzen der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen. Die Oberstaatsanwälte sind auf Veranlassung des Justizministers auf diese Leitsätze hingewiesen worden. Daß wirtschaftliche Verhältnisse als „konkurrierende Momente“ bei den medizinischen Indikationen mit-sprechen können, ist nach den Ausführungen von Kahl anzuerkennen. — Herr M. Hirsch widerspricht der Behauptung, daß die Aerzte wesentlich an den künstlichen Abtreibungen beteiligt seien. Die Zahl dieser Aborte schätzt er höher als Bumm. Soziale und eugenische Indikationen sind nicht a limine abzulehnen. Strafbestimmungen gegen den künstlichen Abort hält er für wirkungslos, die Anzeigepflicht sowohl in ihrem Einfluß auf das Vertrauen zum Arzte als auch auf die Hindrängung der Frauen zu gewerblichen Abtreibern für gefährlich.

### (19. XII.) 1. Herren Esser (a. G.) und Alfred Rothschild: Vorstellung einiger Fälle von plastischen Operationen.

### 2. Fortsetzung der Aussprache über: Die ärztliche Unterbrechung der Schwangerschaft.

Herr Hans Kohn: Trotz gegenteiliger Anschauungen scheint doch die Tuberkulose durch Gravidität oft verschlimmert zu werden, sodaß man in geeigneten Fällen auf den künstlichen Abort nicht verzichten kann. Vortragender wendet sich gegen die Anzeigepflicht.

Herr Paul Strassmann: Von den Schwangerschaftsunterbrechungen betrafen 75% Tuberkulose. Die Zahl der Geburten scheint stetig abzunehmen. 9,7% der Unterbrechungen betrafen Herzkrankheiten, 6,3% Nierenkrankheiten, dann folgen Psychosen, Hyperemesis.

Herr Adam: In einigen Fällen sind auch Augenleiden bei Gravididen nur durch den Abort zu beheben; das darf nur in schweren, beiderseitigen Erkrankungen geschehen.

Herr Artur Mayer: Aktive Tuberkulose wird in der Mehrzahl der Fälle durch Gravidität verschlechtert. Man vermag in keinem Stadium der Gravidität eine sichere Prognose zu stellen. In 77% der Fälle von Unterbrechung der Schwangerschaft bei Tuberkulösen wurden günstige Ergebnisse erzielt. Wenn eine Frühgeburt notwendig war, sind die Erfolge schlechter. Auch bei hochgradig Tuberkulösen ist im Anfang der Schwangerschaft die Unterbrechung angezeigt. Vortragender wendet sich gegen die Anzeigepflicht.

Herr Hamburger: Ohne das soziale Moment kommen wir nicht aus. Aber je reicher die Frau, desto strenger soll die Indikation sein.

Herr Karl Abel: Vielfach werden die Indikationen für die Schwangerschaftsunterbrechung zu eng gezogen, so z. B. bei Larynx- und Nierentuberkulose. Bei letzterer aber empfiehlt sich nicht der Abort, sondern die Exstirpation der tuberkulösen Niere. Die Appendizitis ist eine Kontraindikation wegen der häufigen Verwachsungen. Die Prognose ist bei Tuberkulose sehr schwer zu beurteilen. Von Ausnahmebestimmungen sollte abgesehen werden.

Herr S. Alexander: Maßgebend ist das, was der Richter als Indikation ansieht. Er fragt nach der etwaigen rechtswidrigen Absicht des Arztes. Die soziale Indikation als alleinige kann nie geduldet werden. Bei der jetzigen Rechtslage droht dem Arzt keine große Gefahr. Bei der Anzeigepflicht würden viel mehr Frauen zu den Kurpfuschern gehen. Verständige Aerzte werden viele Frauen bekehren.  
Reckzeh.

## Verein für wissenschaftliche Heilkunde, Königsberg i. Pr., 5. XI. 1917.

### Offizielles Protokoll.

Vorsitzender: Herr Winter; Schriftführer: Herr Schellong.

### I. Demonstrationen. Fräulein Reichmann und Taubstummenlehrer Reichau: Zur Uebungsbehandlung der motorischen Aphasie.

An zwei Hirnschußverletzten mit reiner motorischer Aphasie wird die Wirkungsweise der optisch-taktilen Uebungsbehandlung demonstriert. Beide Kranke waren spontan und bei mehrmonatiger akustischer Behandlung (Versuche mit einfachem Vor- und Nachsprechen) unverändert wortstumm geblieben. Mit Hilfe der optisch-taktilen Methode (Stellung der Artikulationsorgane, Nachahmung mit Spiegel, Vibrationen des Luftstromes in und außerhalb der Artikulationsorgane, Fühlen mit aufgelegter Hand) gelang es bei dem ersten Kranken, in zwei Monaten alle Laute und einfache sinnreiche Zusammensetzungen der erlernten Laute zu entwickeln. Der zweite Kranke lernte in zwölf Monaten vollständig sprechen; er stützt sich dabei noch bewußt auf das Artikulationsgefühl und spricht — namentlich bei artikulatorisch schwierigen Worten, z. B. Konsonantenhäufungen — sehr langsam. Durch weitere Lauterübungen (Berthold-Otto-Fibel) wird die Mechanisierung der neu erlernten Sprache angestrebt.

### II. Vorträge. 1. Herr Winter: Unberechtigte Indikationen zum künstlichen Abort.

Winter erörtert und kritisiert eine Reihe von Indikationen zum künstlichen Abort, welche einer wissenschaftlichen und zum Teil auch ethischen Berechtigung vollständig entbehren. 1. Medizinische Indikationen; darunter: a) leichtere Krankheitszustände (Hernien, Varizen, Schwangerschaftsdermatosen, Tuberkulose der Haut, Knochen und Gelenke, Lupus faciei, Appendizitis, Schwächezustände); b) Gefahren der bevorstehenden Geburt (enges Becken, Bauchteilhindernisse, Uterusrupturen); 2. nichtmedizinische Indikationen: a) die soziale Indikation, b) die eugenische Indikation, c) die Notzuchtsindikation. Winter bespricht eingehend alle wissenschaftlichen, ethischen und rechtlichen Gründe, welche gegen diese drei Indikationen sprechen, und begründet seinen vollkommen ablehnenden Standpunkt.

Besprechung. Herr Seyffarth: Der Herr Vortragende hat die weitgehendste Anwendung des Kaiserschnitts mit Rücksicht darauf verlangt, daß zurzeit der Eingriff verhältnismäßig ungefährlich und sicher ist. Das mag durchaus für die große Stadt mit allen ihren Hilfsmitteln zutreffen. Auf dem Lande und in den kleinen Städten steht es damit aber ganz anders. Einerseits können die Kranken vielfach aus pekuniären Rücksichten nicht rechtzeitig in Kliniken überführt werden. Andererseits ist die Gelegenheit zur Vornahme der Operation an Ort und Stelle entweder aus Mangel an operativ vorgebildeten Kräften nicht gegeben, oder, falls sich der Kollege auch zu dem Eingriff entschließt, so kann er ihn nur unter unzureichenden Verhältnissen vornehmen. Es wird dann die vorher gerühmte Ungefährlichkeit sehr in Frage gestellt. Ich glaube daher, die Herren Kollegen auf dem

Lande werden in schweren Gewissenskonflikt kommen, wenn sie völlig die Forderungen des Herrn Vortragenden erfüllen und sich in der gewünschten weitgehenden Weise auf die Anwendung des Kaiserschnitts verlassen würden.

Herr Winter kann zu der Vornahme des Kaiserschnitts unter den ungenügenden Verhältnissen des Landes oder der kleinen Stadt nicht raten; derselbe muß von einem erfahrenen Operateur in Kliniken oder großen Krankenhäusern ausgeführt werden. Da der Arzt ja rechtzeitig von diesen Fällen mit engem Becken Kenntnis hat, so muß er seinen ganzen Einfluß aufbieten, die Frauen zur Ausführung des Kaiserschnitts zu bewegen. Das wird ihm auch gelingen, wenn er nur selbst von der Notwendigkeit desselben überzeugt ist und nicht zu fürchten braucht, daß von anderer Seite sofort ein gegenteiliger Rat gegeben wird. Wie heute eine Frau sich ohne Widerstreben zur Vornahme einer großen Bauchoperation in eine Klinik begibt, so wird sie es auch in Zukunft für den Kaiserschnitt tun, wenn sie nur einsieht, daß es für sie keinen anderen Weg zur Hilfe gibt.

## 2. Herr Willy Hirschlaff: Gibt es eine Fliegerkrankheit?

Vortragender bestreitet die Existenz einer Fliegerkrankheit und erkennt nur das Vorhandensein der Höhenkrankheit mit den bekannten Symptomen, wie sie auf Bergen, im Luftschiff usw. vorkommt, auch für Flieger an, die aber unter diesen eine extreme Seltenheit darstellt. Seine Untersuchungen ergaben eine Steigerung des Blutdrucks nach dem Fluge, besonders stark bei über 30-jährigen. Bei bereits längere Zeit Fliegenden fand er konstant eine Steigerung des Hämoglobingehalts und Vermehrung der roten Blutkörperchen mit Hervortreten der Lymphozyten. Seine Beobachtungen ergaben, daß das Fliegen organische Herzveränderungen, abgesehen vom Sporthexen, nicht im Gefolge hat, insbesondere zu keinen Insuffizienzerscheinungen führt. Vortragender schildert die bei nervös erschöpften Fliegern beobachteten Symptome.

Besprechung. Herr Kirschner weist darauf hin, daß Krankheitserscheinungen bei Fliegern in der Regel erst bei etwa 5000 m Höhe auftreten, während sich die Erscheinungen der Höhenkrankheit bereits bei 3000 m Höhe zeigen. Der Hauptgrund dieses Unterschiedes liegt offenbar darin, daß der Flieger passiv, ohne wesentliche Muskelarbeit zu leisten, in die Höhe gehoben wird, während der Bergsteiger, um aktiv in die Höhe zu gelangen, sehr erhebliche Muskelarbeit leisten muß. Für diese Erklärung spricht auch, daß bei Personen, die durch die Eisenbahnen auf Berge geführt werden, in der Regel Erscheinungen von Bergkrankheit nicht oder erst in größerer Höhe als 3000 m eintreten. — Bei stark böigem Wetter, wo das Flugzeug häufig stark schwankt und bisweilen plötzlich 20–30 m emporgehoben oder in die Tiefe gerissen wird, wollen vereinzelte Flieger der Seekrankheit ähnliche Erkrankungen bekommen.

Herr Frohmann bestreitet, daß das Problem der Höhenkrankheit so einfach liegt, und führt dazu eigene hochoctouristische Beobachtungen an.

Herr Hirschlaff: Daß bei Fliegern bei böigem Wetter infolge starken Schwankens und Schaukelns des Flugzeugs Uebelkeit bis zum Erbrechen vorkommt, habe ich nie beobachtet, auch nicht gehört. Derartige Symptome wären schließlich auch in geringen Höhen möglich und sind nicht als Höhenkrankheit aufzufassen, sondern sind durch die Schaukelbewegungen hervorgerufen, wie sie in jedem Karussell vorkommen.

Herr Schellong betont den auffälligen Gegensatz, welcher darin besteht, daß die Flieger in der Höhenluft anscheinend weniger Sauerstoff erhalten, andererseits aber auffällig hohe Hämoglobinwerte und vermehrte Zahl der roten Blutkörperchen aufweisen. Das läßt doch eher auf eine vermehrte Sauerstoffzufuhr schließen. Eine Erklärung dafür ist möglicherweise in dem Umstande zu finden, daß den Fliegern bei ihrer schnellen Fortbewegung die Atmungsluft energischer zuströmt, gewissermaßen in die Lungen hineingepreßt wird. Damit würde in der gleichen Zeiteinheit den Lungen bzw. dem Blute ein größeres Luftquantum zugeführt werden, als es unter den üblichen Bedingungen des Atmens auf der Erde der Fall ist; durch die Luftpressung würde der geringere Sauerstoffgehalt der Höhenluft für die Atmung ausgeglichen, möglicherweise sogar überkompensiert werden; hat man doch auch bei der schnellen Autofahrt im offenen Auto die Empfindung, als ob die Atmung besonders leicht vonstatten gehe. Hierdurch würde ferner erklärt werden, warum, im Gegensatz zu den Fliegern, Bergsteiger und Ballonfahrer häufiger von der Höhenkrankheit befallen werden, weil hier eben die Luftpressung fortfällt. Experimentell ließe sich vielleicht die Frage entscheiden, wenn Flugzeugbegleiter sich entschlossen, im Rücksitz aufzusteigen; dann müßten sie der Höhenkrankheit unterworfen sein.

## 46. Wissenschaftlicher Abend der Militärärzte der Garnison Ingolstadt, 12. VII. 1917.

### Offizielles Protokoll.

Vorsitzender: Herr Ober-St.-A. Dr. Karl Koch.

1. Herr Neuhäuser: a) Splenektomie. — b) Schußverletzung des Ellbogengelenks. — c) Daumenplastik. — d) Künstliche Steigerung der Regeneration von Wunddefekten.

a) Bei dem Patienten wurde vor einem halben Jahre wegen subkutaner Milzruptur die Splenektomie ausgeführt. Der ausgeblutete Patient hat sich vollkommen erholt, der Hämoglobingehalt ist von 36% auf 80% gestiegen, die Zahl der roten Blutzellen von 25 000 auf 5 320 000; die Zahl der Leukozyten ist von 10 000 auf 7900 gefallen.

b) Die ganze untere Humerusepiphyse war zertrümmert, nur Splitter davon lagen im Gelenkraum und in den benachbarten Weichteilen. Auch das Olekranon war größtenteils zerstört. Starke Jauchung der fast handtellergroßen Wunde an der Rückseite des Gelenks. Hohes Fieber, septischer Allgemeinzustand, daher am 6. Februar 1917 Operation. Erweiterung der Wunde zu einem vergrößerten Langenbeckschen Resektionsschnitt. Entfernung der zahlreichen Splitter aus der Muskulatur und dem Gelenkraum. Zustoßen der Knochenenden mit Hohlmeißel, Zange und Säge. Nun wird das schmale Humerusende, welches der Diaphyse angehört, dem unversehrten Radiusköpfchen gegenüber in Artikulationsstellung gebracht; der Rest des Olekranons dient ihm als Widerlager an der Ulnarseite. Einige Situationsnähte (Katgut) durch Muskulatur und Faszie halten die Knochenenden einigermaßen in ihrer Lage. Drainage der weit offenen Wunde, Ruhigstellung des rechtwinklig gebeugten Ellbogengelenks mit angelegter Schiene. Nach schwerem Krankenlager ist Heilung eingetreten und gute Beweglichkeit. Das Ellbogengelenk kann aktiv bis 60° gebeugt und bis 175° gestreckt werden. Neuhäuser betont die Wichtigkeit, bei Kriegsverletzungen der Gelenke gleich bei dem ersten Eingriff auf die Beweglichkeit hinzuwirken. Dies bietet namentlich am Ellbogengelenk gute Aussichten. Ein sekundärer Eingriff wird von den Patienten meistens verweigert. Versucht man nach Schußverletzungen später ein ankylotisches Gelenk durch Interposition von Faszie, Fett usw. wieder mobil zu machen, so erlebt man infolge des Wiederaufflackerns der latenten Infektion häufig Mißerfolge.

c) Bei dem Patienten wurde vor einem Jahre die Daumenplastik nach Neuhäuser ausgeführt. Vollkommene Heilung mit etwas eingezogener Narbe. Die Form des „neuen Daumens“ ist im Laufe der Monate viel schlanker geworden. Das Röntgenbild ergibt kräftigen, lebenden Knochen. Das Gefühl hat sich bis auf das distale Drittel eingestellt. Patient kann gut zugreifen, er ist von der G.M.K. als z. gr. befunden worden.

d) Liegt ein gefensteretes Gummidrainrohr längere Zeit in einer Wunde, so wachsen die Granulationen alsbald ins Innere des Rohres; und zwar kriechen sie zunächst der dicken Fensterwand entlang, biegen dann um nach der Innenfläche des Rohres und wachsen dieser entlang weiter. Hierbei haben sie in einem Falle von Neuhäuser in zehn Tagen eine Länge von 3 cm erreicht. Aus dieser Beobachtung schloß Neuhäuser, daß es 1. möglich ist, durch Fremdkörperwirkung die Granulationen zu stärkerem Wachstum anzuregen und 2. dem Wachstum eine bestimmte Richtung zu geben. Bei der Wundbehandlung selbst bedient er sich eines Filetnetzes aus dicken Katgutfäden. Die bisherigen Erfolge sind überraschend gute, insbesondere bei Knochenhöhlen. Eine Knochenhöhle der Tibia z. B., welche bis zu einer bestimmten Marke 7,3 cm Borwasser faßte, war nach zehntägiger Behandlung soweit ausgefüllt, daß nur mehr 1 cm hineinging. In zehn Tagen sind also nicht weniger als 6,3 cm Granulationsgewebe produziert worden. In einem anderen Falle ist eine Höhle der Tibia von 4½ cm Tiefe und 3 cm Durchmesser, welche über sechs Monate ohne die geringste Heiltendenz bestanden hatte, in einem Monat mit guten Granulationen ausgefüllt worden. Ähnlich günstige Ergebnisse wurden in drei weiteren Fällen von Knochenhöhlen und bei sieben größeren Weichteildefekten erzielt. Die Anwendungsweise des Katgutnetzes ist sehr einfach. Man legt, z. B. bei einer Knochenhöhle, mehrere Netzstückchen aufeinander, bis sie ausgefüllt ist. Darauf kommt ein Salbenverband, welcher mit Mastisol festgeklebt wird, und hierauf Zellstoff. Der eigentliche Wundverband soll 14–20 Tage liegen bleiben, der äußere Verband läßt sich beliebig oft wechseln. Bei starker Sekretion kann der Salbenverband durch eine feuchte Kompresse ersetzt werden. Die Vorzüge der Methode sind ungemein rasche Ausfüllung der Höhlen, schonende Behandlung der Granulationen, welche nicht berührt werden, und wirksame Drainage, da das Netz jeder Sekretion freien Abfluß läßt. Experimentelle Untersuchungen über die Regenerationsbeschleunigung der verschiedenen Körpergewebe unter Anwendung obigen Prinzips sind im Gange.

Besprechung. Herr Müller: Katgut enthält nach Angaben von Kobert etwa 10% Kieselsäure. Hugo Schulz (Greifswald)