

schlechtsverkehr. Unter den vielen kongenitalen Erosionen, die ich kolposkopiert habe, habe ich nie etwas Derartiges auch nur andeutungsweise, gesehen. Der Erosionsbezirk ist hochgradig infiltriert. Da aber die Hauptpartie des weißen Ringes, abgesehen von vereinzelten perivaskulären Infiltraten tiefer Gefäße, keine entzündliche Veränderung erkennen läßt, ist es nicht sehr wahrscheinlich, daß die Bildung des weißen Ringes auf das entzündliche Ödem zurückzuführen ist, wie etwa beim Primäraffekt der Portio; aber es läßt sich auch nicht ausschließen, da diese Verhältnisse bisher noch nicht untersucht sind. Wir haben keinerlei Erfahrungen darüber. Es wäre ferner an eine kongenitale Anomalie dieses Epithelbezirks zu denken, zumal die Epithelheterotopien in der Cervicialschleimhaut eine gewisse Ähnlichkeit mit dem Epithel des weißen Ringes haben (s. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. im Druck).

§ 222 St.G.B.

Von

Wilhelm Liepmann in Berlin.

Ein Fall aus meiner Sachverständigentätigkeit, den ich vor kurzer Zeit vor einer süddeutschen Strafkammer erlebte, scheint mir besonders geeignet, die Aufmerksamkeit der Fachgenossen auf einen Punkt zu lenken, der in der Diskussion, wie mir scheint, allzu wenig Beachtung gefunden hat. Ein älterer Arzt leitet auf das Gutachten zweier anderer Ärzte in der Sprechstunde die Schwangerschaftsunterbrechung ein, perforiert bei dieser Gelegenheit dreimal die Gebärmutter, erzielt einen Cervixriß, der bis ins Peritoneum hineinreicht, und die Frau stirbt erst dann in seiner Wohnung etwa 5 Stunden nach der Operation an Verblutung. Das Schöffengericht in erster Instanz kommt nun in der Urteilsbegründung zu folgender interessanter Entscheidung: »Die von dem Angeklagten vorgenommene Art und Weise der Unterbrechung der Schwangerschaft wird in der Wissenschaft allgemein als überaus gefährlich bezeichnet. Auf diese Art und Weise könne die Schwangerschaft schließlich im Krankenhaus unterbrochen werden, dagegen nicht im Privathaus, wo es stets an den erforderlichen Einrichtungen fehlt, um Komplikationen, mit denen bei dieser Art und Weise der Schwangerschaftsunterbrechung stets zu rechnen sei, und welche auch im vorliegenden Fall eingetreten seien, erfolgreich bekämpfen zu können.«

Hier ist in einem Urteil eines deutschen Gerichts zum ersten Male eine Frage angeschnitten worden, die in Rußland, wie ich mich während meiner Vorlesungen im Jahre 1924, die ich in Moskau zu halten hatte, überzeugen konnte, grundlegend war für die Änderung des russischen Strafrechts.

Die Unterbrechung der Schwangerschaft darf in Rußland nur in der Klinik vorgenommen werden, niemals im Privathaus.

Wie steht es mit dieser Angelegenheit nun bei uns? Meines Erachtens darf bis zur gesetzlichen Regelung keinem Privatarzt allein daraus ein Vorwurf gemacht werden, daß er die Schwangerschaftsunterbrechung in der Sprechstunde vornimmt, weil bedauerlicherweise eine gesetzliche Unterlage, die dagegen spricht, fehlt, und es allorts üblich ist, daß diese Operationen im Privathaus gemacht werden.

Es besteht unter den führenden Kräften in der Gynäkologie kein Gegensatz in bezug auf diese Frage. Alle sind sich darüber einig, daß die Unterbrechung

der Schwangerschaft als eine gefährliche Operation auch für den Geübten zu bezeichnen ist. Ich selbst habe einmal den Satz geprägt, daß eine Laparotomie in der Klinik einfacher ist und lebensicherer als die Einleitung eines Aborts im Privathause. Ich erinnere außerdem an die Worte Bumm's, gesprochen am 14. Januar 1921 in der Gynäkologischen Gesellschaft zu Berlin, »daß gerade die schweren Verletzungen des Uterus beim Abort in erster Linie von Ärzten und nicht von gewerbsmäßigen Abtreibern verursacht werden«.

Ich erinnere weiter an das, was ich in meinem Geburtshilflichen Seminar, 4. Auflage, S. 23, geschrieben habe, daß es noch viel schlimmer ist, daß Ärzte, die diese Verletzungen machen, sie meist nicht einmal diagnostizieren.

Wir verbringen unsere Zeit mit langen Diskussionen über den § 218. Sollten wir nicht lieber energisch vorgehen, um das Hauptprinzip der Medizin, das *Non nocere* zu hüten und die jüngeren und älteren Kollegen zu bewahren vor Kollisionen mit dem § 222 unseres Strafgesetzbuchs, der die Fahrlässigkeit, die zum Tode eines Menschen führt, mit Gefängnis bis zu 3 Jahren bestraft und im Absatz 2 hinzufügt: »Wenn der Täter zu der Aufmerksamkeit, welche er aus den Augen setzte, vermöge seines Amtes, Berufs oder Gewerbes besonders verpflichtet war, so kann die Strafe bis auf 5 Jahre Gefängnis erhöht werden«.

In den zahlreichen von mir und Dr. Wels aus der Literatur zusammengestellten Fällen und in meiner in den Ergebnissen der gesamten Medizin Bd. IV (Urban und Schwarzenberg) erschienenen Arbeit, »Der Abort mit besonderer Berücksichtigung der violenten Verletzungen der Gebärmutter« habe ich genugsam auf die Gefahren, die fast allen Methoden bei ungenügendem Licht und ungenügender Assistenz anhaften, hingewiesen. Erneut hinweisen aber möchte ich bei Durchsicht aller dieser Fälle darauf, daß die Operateure, denen dieses Mißgeschick zustoßt, in einem Punkte das gleiche Bild bieten: in der völligen Desorientiertheit dessen, was sie angerichtet haben¹. Eine Perforation kann dem Geübtesten passieren, nur bemerkt er sie sofort. Charakteristisch bei allen diesen Fällen, mögen sie nun vor den Strafrichter kommen oder, wie die meisten, unentdeckt bleiben, ist das eine, daß der Arzt selbst keine Ahnung von dem hat, was er angerichtet hat, daß er über den Verbleib der Fruchtteile keinen bestimmten Begriff hat. Bei diesem letzten Punkte möchte ich noch mit wenigen Worten verweilen.

Die von mir in die Geburtshilfe eingeführte Handtuchkontrolle (Geburtshilfliches Seminar, 4. Aufl., S. 30, Abb. 22) orientiert auf die einfachste Art und Weise Arzt und Hebamme über den Blutverlust bei der Geburt. Durch sie ist die abgegangene Blutmenge meßbar und wägbar. Das Blut verschwindet nicht, und der Arzt wird nicht erst stutzig, wenn bedrohliche Erscheinungen an der Pat. selbst auftreten, sondern er merkt die Blutung schon rechtzeitig, kann seine Maßnahmen treffen, Hilfe herbeirufen.

Die Handtuchkontrolle aber würde für den Abort von der allergrößten Bedeutung sein, erstens wiederum der Blutung wegen, zweitens um sich über die Eiteile genau zu orientieren. Dann würde der Arzt sehen, daß der halbe Fötus zerrissen herausgekommen ist, während sich der Rest in der Bauchhöhle befindet; er würde wissen, daß er, anstatt die Uterushöhle zu behandeln, sich in der Cervix befunden hat und anderes mehr.

¹ Vgl. hierzu meine Monographie: Die Abtreibung, Urban & Schwarzenberg (erscheint im Januar 1927), in der ich versucht habe, auf 25 Tafeln die Gefahren der Interruptio anatomisch darzustellen.

Daß in dem eingangs geschilderten Falle wiederum die rein instrumentelle Methode zur Katastrophe geführt, sei nur kurz erwähnt. Solche Verletzungen werden eben nur dann erkannt, wenn man sich im Prinzip der digitalen Ausräumung und der digitalen Methode bedient; doch darüber habe ich anderenorts genugsam geschrieben.

Aus der Privat-Frauenklinik Dr. Hellendall in Düsseldorf.

Erfahrungen über intramuskuläre Lobelininjektionen im postnarkotischen Stadium an 303 Fällen¹.

Von

Dr. Hugo Hellendall.

Angeregt durch die Beobachtung der lebensrettenden Wirkung mit Lobelinhydrochl. crist. in einem Falle von schwerer Oligopnöe in Pantopon-Skopolamin-Äthernarkose² und durch meine Erfahrungen mit Lobelin bei asphyktischen Neugeborenen³ legte ich mir die Frage vor, ob es nicht möglich sei, bei systematischer Anwendung von intramuskulären Lobelininjektionen p. op. durch die damit zu erzielende Vertiefung der Atmung und die dadurch bedingte Belebung der Zirkulationsverhältnisse asphyktische Zustände leichter oder ernsterer Art, sowie Herzschwächezustände p. op. zu beseitigen, bzw. ihnen zuvorzukommen und sie zu verhüten.

Ich habe deshalb seit 1. V. 1924 an 303 Laparatomien darüber Beobachtungen angestellt, und zwar an 277 Pantopon 0,02-Skopolamin 0,0003-Äthernarkosen, 14 Morphium 0,01 s. Pantopon 0,02-Äthernarkosen und 14 Lumbalanästhesien, indem ich vorwiegend sofort nach beendigter Operation, gelegentlich aber auch aus besonderer Indikation bereits in operatione, Lobelin 0,01 intramuskulär injizierte.

Zum Vergleich schließe ich unsere Beobachtungen an 57 weiteren großen Anästhesien desselben Zeitraums an, unter denen sich 26 Pantopon-Skopolamin-Äthernarkosen, 2 Morphium-Äthernarkosen und 29 Lumbalanästhesien befanden, und in denen kein Lobelin verabfolgt wurde. Sämtliche Pat. sind geheilt.

Meine Resultate sind die folgenden:

Nach der Lobelininjektion im Anschluß an die Pantopon-Skopolamin-Äthernarkose trat ein:

- 1) Eine Verlangsamung des Pulses um durchschnittlich 6 Schläge. Es machte keinen Unterschied dabei aus, ob das Lobelin im übrigen eine günstige Wirkung entfaltete oder nicht. In 66 Fällen blieb die Frequenz des Pulses unbeeinflusst. In 8 Fällen erfuhr sie eine Steigerung um durchschnittlich 10 Schläge. — Gelegentlich wurde der Puls auch kräftiger und regelmäßig nach der Lobelininjektion.
- 2) Eine Verlangsamung der Atemfrequenz um durchschnittlich 5 Atemzüge in der Minute. In 42 Fällen, das ist in 23%, blieb die Atemfrequenz dieselbe, in 3 Fällen, das ist in 1%, erfuhr sie eine Steigerung um 4 im Durchschnitt.
- 3) Eine Vertiefung der Atmung in 145 Fällen, das ist in 79% der Fälle (bei 182). Sie war leicht vertieft in 23 Fällen, das ist in 15%, vertieft in 85 Fällen, das ist in 85%, sehr vertieft in 37 Fällen, das ist in 25% der Fälle.

¹ Nach einem Vortrage in der 89. Versammlung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte in Düsseldorf 1926.

² Zentralblatt f. Gyn. 1924. Nr. 21.

³ Zentralblatt f. Gyn. 1926. Nr. 10.