

Zusammenfassung. Die intrakutane Anwendung von Ertuban mit langsam gesteigerten Dosen brachte bei 36% der gespritzten Fälle von Lungentuberkulose im II. und III. Stadium einen vollen, bei 45% einen leidlichen Erfolg. Sie erwies sich als eine äußerst milde Anwendungsweise, die auch fortgeschrittenere Kranke des III. Stadiums mit Erfolg zu behandeln gestattete, soweit nicht vorwiegend käsige Formen vorlagen.

Herd- und Temperaturreaktionen blieben zwar nicht aus, traten aber gegen die Hautreaktionen bedeutend in den Hintergrund. Störende Herdreaktionen und hohes, länger dauerndes Fieber wurde nicht beobachtet. Kräftige Hautreaktionen erwiesen sich als therapeutisch günstig. Es gelang im Laufe der Intrakutankur wiederholt, die Allergie zu steigern.

Es wird nunmehr, nachdem die vorliegenden Untersuchungen zu einem gewissen Abschluß gekommen sind, folgendes Vorgehen mit Ertuban empfohlen:

Man beginne mit Intrakutanproben von 1:1000 (bei subfebrilen Fällen 1:10000) und steigere in achttägigen Pausen bis zur Dosis 1:1, solange Herd- und Allgemeinreaktionen ausbleiben. Die Dosis 1:1 kann öfter wiederholt und dadurch gesteigert werden, daß man bis zu drei Quaddeln mit reinem Ertuban anlegt. Treten Herd- und Allgemeinreaktionen oder außergewöhnlich starke Hautreaktionen (++++) auf, so mache man längere Pausen und wiederhole die letzte Dosis oder gehe auf die vorletzte zurück. Bei Kranken mit geringer oder fehlender Reaktivität der Haut kann man versuchen, durch kürzere Intervalle (zweimal wöchentlich spritzen) rascher vorwärts zu kommen und die Allergie zu steigern.

Zeigt die Intrakutanvorbehandlung keinen genügenden Erfolg, so kann an sie die subkutane Weiterbehandlung nach den früher gegebenen Vorschriften noch mit Erfolg angeschlossen werden.

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Halle.
(Direktor: Geh.-Rat Sellheim.)

Seltene Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft.

Von Priv.-Doz. Dr. Heinz Küstner, Oberarzt der Klinik.

Die Unterbrechung der Schwangerschaft wird heutzutage in solchen Fällen für indiziert erachtet, bei denen durch das Weitertragen bzw. durch die Frucht selbst die Gesundheit der Mutter in so hohem Maße geschädigt wird, daß eventuell eine Lebensgefahr für diese daraus erwächst. Die Gynäkologen sind bei den meisten Fällen von Schwangerschaftsunterbrechung nur diejenigen, die die Operation ausführen, die aber die Indikation auf Unterbrechung selbst nicht stellen; insofern mag es vielleicht wie ein Uebergreif in fremde Rechte aussehen, wenn ich über die Indikation zur Unterbrechung einen Beitrag liefere. Die Verhältnisse liegen aber nicht ganz so, daß wir Frauenärzte nur das ausführende Organ der Postulate anderer sind. Nicht allzu selten kommt es vor, daß die Patientin den Gynäkologen aufsucht, um die Diagnose der Gravidität bestätigt zu wissen, und nun ist es Sache des Gynäkologen, zu entscheiden, ob die Patientin die Schwangerschaft austragen kann oder aus irgend einem Grunde eine Schwangerschaftsunterbrechung vielleicht notwendig werden könnte. Dann muß diese Patientin dem betreffenden Spezialisten zur Begutachtung vorgestellt werden. Den ersten Anstoß zur Erörterung der Frage der Interruptio gibt also nicht allzu selten gerade der Gynäkologe.

Die häufigsten Erkrankungen, die eine vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft notwendig machen, sind die Lungentuberkulose, schwere dekompensierte Herzfehler, Nierenerkrankungen und die verschiedenen Formen der Schwangerschaftstoxikosen. Weit aus seltener wird die Indikation zur Unterbrechung von psychiatrisch-neurologischer Seite gestellt, denn eine große Anzahl auch der schweren psychiatrischen oder neurologischen Erkrankungen macht die Unterbrechung einer bestehenden Schwangerschaft nicht notwendig, da die Störungen und Krankheitserscheinungen während der Schwangerschaft nicht zuzunehmen, die Unterbrechung auch keine Erleichterung zu bringen pflegt und da man ja nicht berechtigt ist, aus eugenischen Gründen bei einer Geisteskranken die Indikation auf vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft zu stellen.

Ein Fall, den ich hier vor kurzer Zeit beobachten konnte und der Erscheinungen bot, die aus dem Rahmen des Alltäglichen herausfielen, veranlaßt mich zu diesen Ausführungen.

Ein 25jähriges Mädchen wurde der Klinik zur Untersuchung und eventuellen Behandlung überwiesen. Sie gab an, vor 5 Monaten das letztmalige Periode gehabt zu haben. Von dem Ausbleiben der Periode hatte sie ihre

Mutter in Kenntnis gesetzt. Beide nahmen an, daß eine „Blutstockung“ die Ursache für das Ausbleiben der Periode sei; an Schwangerschaft dachte weder das Mädchen, noch auch die Mutter. Zwei Tage ehe sie zu uns in die Behandlung kam, hatte sie ihren Arzt in der Heimat aufgesucht, der wohl annahm, daß eine Gravidität vorläge, aber sich zu dieser Diagnose nicht vollkommen bekennen wollte, da von seiten der Patientin die Möglichkeit einer Schwangerschaft entschieden abgelehnt wurde. Er schickte deshalb die Patientin zur Sicherung und Feststellung der Diagnose zu uns. Schon bei der ersten Untersuchung war an der Diagnose „Schwangerschaft“ nicht zu zweifeln. Der Fundus uteri stand etwas über dem Nabel, dicht über der Symphyse war ein kleiner kugelig, etwa hühnereigroßer Teil zu tasten, der wahrscheinlich der Kindskopf war. In der Mitte zwischen Nabel und Symphyse waren, wenn auch nur sehr leise, so doch deutlich, kindliche Herztöne zu hören. Es fehlte allerdings Kolostrum, und auch die äußeren Genitalien und Bauchdecken zeigten keine Veränderungen, die für Schwangerschaft sprechen konnten, trotzdem war ich meiner Diagnose absolut sicher.

Nach der Untersuchung erklärte ich dem Mädchen, daß „vielleicht doch“ eine Schwangerschaft vorliegen könnte, was von ihr aber energisch bestritten wurde, da sie niemals geschlechtlichen Verkehr gehabt hätte. Allein diese geäußerte Vermutung über eine vielleicht bestehende Schwangerschaft machte auf die Patientin einen erschreckenden Eindruck. Sie erklärte sofort, mit absoluter Bestimmtheit und mit einer geradezu an Gleichgültigkeit grenzenden Selbstverständlichkeit, wenn die Schwangerschaft einwandfrei feststände, so gäbe es für sie nur einen Weg, den des Selbstmordes. Denn ihre Eltern würden über eine uneheliche Schwangerschaft ihrerseits nicht hinwegkommen, aber sie könnte sich immer noch nicht erklären, wie sie in diesen Zustand gekommen sei, da sie niemals Verkehr gehabt hätte.

Meine Absicht, die Patientin nach der Untersuchung gleich wieder nach Hause zu entlassen, wurde durch diese Äußerungen durchkreuzt, denn ich hatte ganz bestimmt den Eindruck, daß dieses Mädchen den Suizid sicherlich ausführen würde, vielleicht schon auf dem Wege von der Klinik wieder nach ihrem Heimatsort, und daß es nicht nur eine leichtfertig gemachte Bemerkung war in der Absicht, dadurch eine Schwangerschaftsunterbrechung unsererseits zu erwirken. Ich nahm daher das Mädchen in klinische Behandlung auf und sagte ihr, man müßte noch einmal in Narkose genau nachsehen, es könnte ja vielleicht doch möglich sein, daß noch etwas anderes bei ihr vorläge.

Am folgenden Tage machten wir also bei der Patientin, um jegliche Möglichkeit einer Fehldiagnose auszuschließen, einen ganz kurzen Chloräthylrausch. Als die Patientin wieder bei Bewußtsein war, eröffnete ich ihr, daß die Diagnose Gravidität doch den Tatsachen entspräche. Ich examinierte sie daraufhin noch etwas eingehender über eventuell vorhanden gewesenen geschlechtlichen Verkehr. Sie wußte von einer Kohabitation angeblich nichts. Im Herbst vorigen Jahres war sie in dienstlichen Angelegenheiten auf dem Balkan gewesen, hatte sich auch längere Zeit in der Türkei und Konstantinopel aufgehalten. Sie hätte dort unter der Hitze außerordentlich stark gelitten und wäre verschiedentlich vor Hitze ohnmächtig geworden. Ich möchte es in diesem Falle wohl für möglich halten, daß in einem kollapsähnlichen Zustand, der vielleicht durch irgendwelche Narkotika noch verstärkt worden ist, eine Kohabitation stattgefunden hat, von der die Patientin, auch absolute Ehrlichkeit vorausgesetzt, wirklich keine Ahnung gehabt haben mag. Ich machte der Patientin dann den Vorschlag, ihre Eltern in die Klinik kommen zu lassen, damit zunächst von ärztlicher Seite die Eltern über den Zustand der Tochter in Kenntnis gesetzt werden könnten, um damit dem Mädchen den schweren Schritt des Eingeständnisses den Eltern gegenüber abzunehmen. Dieser Vorschlag wurde von ihr energisch abgelehnt, ja, sie verbot mir direkt, über ihren Zustand den Eltern Mitteilung zu machen. Sie hätte nur die eine Möglichkeit, die des Selbstmordes. Sie sei eben ein Mensch, der zu Kummer und Leid geboren sei, und es sei nur gut, daß nun auf diese Art und Weise ihr Entschluß, ihrem Leben ein Ende zu machen, durch diese uneheliche Schwangerschaft schneller zur Ausführung kommen könnte; sie hätte vom Leben nichts mehr zu erhoffen. Eine weitere Beobachtung des psychischen Zustandes und eventuell nochmalige Aussprache am folgenden Tage erschien mir notwendig. Die Patientin verweigerte bei ihrem Aufenthalt jegliche Nahrungsaufnahme, sprach mit keiner Patientin und gab nur auf Befragen kurze Antworten in gedrücktem Tone.

Allem Anschein nach handelte es sich bei dieser Patientin um eine besonders schwere Depression, die mit ausgelöst war durch die Feststellung der Schwangerschaft. Ich schickte daher die Patientin zur Untersuchung nach der Psychiatrischen Klinik. Dort wurde sie von mehreren Herren, auch von Herrn Oberarzt Dr. Pönitz, auf ihren Geisteszustand untersucht. Es konnte bei ihr keine schwere psychische Störung festgestellt werden, allerdings bestand ein nicht unbedeutender melancholischer Gemütsaffekt. Die Möglichkeit einer Simulation wurde von psychiatrischer Seite abgelehnt. Der Selbstmord wurde für unabwendbar erklärt, wenn die Schwangerschaft nicht unterbrochen würde. Auf Grund dieses psychiatrischen Befundes erachteten die Herren aus der Nervenklinik die Unterbrechung der Schwangerschaft für indiziert. Der Eingriff wurde bei uns darauf vorgenommen. Auch nach der Unterbrechung blieb die Stimmung der Patientin immer noch außerordentlich gedrückt.

Vor der Entlassung hielt ich mich nochmals länger mit ihr und konnte dabei feststellen, daß der Gemütszustand der Patientin sich nicht geändert hatte. Sie war noch ebenso melancholisch gedrückt. Auch der Vorsatz, Selbstmord zu begehen, war noch ebenso unerschütterlich bei ihr wie vor Unterbrechung der Schwangerschaft. Sie begründete diesen Vorsatz damit, daß ihr Leben ja sowieso verpfuscht sei, und daß sie mit ihrem Leben fertig sei. Diese Äußerungen scheinen mir doch zu beweisen, daß die Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft eine große Berechtigung hatte, denn, wenn es lediglich ein Trick der Patientin gewesen wäre, um die Schwangerschaft loszuwerden, so hätte sie, nachdem sie den Eingriff bei uns erreicht hätte, zufrieden und freudestrahlend die Klinik verlassen.

Es erhebt sich nun die Frage, ob wir berechtigt sind, eine Schwangerschaft zu unterbrechen, wenn die Gefahr besteht, daß die Schwangere sich sonst das Leben nimmt. Ein großer Teil von unehelich Geschwängerten wird sicherlich häufig mit dem Gedanken, Selbstmord zu begehen, spielen, besonders in Augenblicken, wo die soziale Stellung durch eine solche uneheliche Schwangerschaft in besonderem Maße gefährdet erscheint und die Schwangere den Eindruck hat, daß ihr Leben durch diesen Zustand vollkommen ruiniert ist. Aber trotzdem wird der Plan in den meisten Fällen nicht ausgeführt werden, da der Entschluß zu diesem Schritt doch außerordentlich schwer ist und gerade die Schwangerschaft einen belebenden Einfluß auf die Psyche der Frau meist ausübt. Auf der anderen Seite wird sicherlich bei einer ganzen Anzahl von unehelich Geschwängerten eine in dieser Richtung gehende Absicht bei der Untersuchung und Mitteilung der Tatsache geäußert werden, um eventuell dadurch die Unterbrechung der Schwangerschaft bei dem Arzt zu erzwingen. Diese Fälle sind natürlich bei der Frage der Indikation zur Unterbrechung unberücksichtigt zu lassen. Anders in unserem Fall. Schon bei der ersten Untersuchung schien mir einwandfrei festzustehen, daß bei dieser Patientin nicht nur ein vorübergehendes leichtfertiges Spielen mit dem Selbstmordgedanken vorläge, sondern, daß es bei ihr sich um einen tiefgehenden, absolut festgefaßten Vorsatz handelte, der auf psychische, durch die Mitteilung der bestehenden Gravidität hervorgerufene Alterationen zurückzuführen war, die auf der einen Seite einen Aufenthalt in einer Irrenanstalt nicht notwendig machen konnten, die auf der anderen Seite aber sicherlich zum Selbstmord der Patientin geführt hätten.

Wir müssen bei solchen Fällen auch fernerliegende Momente mit berücksichtigen. Die Patientin wußte von ihrer Schwangerschaft nichts, wußte allem Anschein auch nicht, wie sie in diesem Zustand gekommen war. Diese Angaben sind, wie auch von psychiatrischer Seite mir versichert wurde, durchaus glaubhaft, da die Patientin keinen lügenhaften oder simulierenden Eindruck machte. Ferner spricht mir dafür, daß sie selbst keine Ahnung von einer Schwangerschaft hatte, der Umstand, daß sie ihrer Mutter von dem Ausbleiben der Periode Mitteilung gemacht hatte, was sie sicherlich nicht unter diesen Umständen getan hätte, wenn sie selbst an die Möglichkeit einer Schwangerschaft gedacht hätte. Es scheint also in diesem Falle das Mädchen das Opfer einer Vergewaltigung in unbesinnlichem Zustande gewesen zu sein.

Es erhebt sich nun weiter die Frage: sind wir eventuell berechtigt, eine Schwangerschaft zu unterbrechen, wenn einwandfrei Vergewaltigung vorliegt, und wenn die durch diese Vergewaltigung Geschwängerte erklärt, wenn die Schwangerschaft nicht unterbrochen wird, sich das Leben zu nehmen? Sofern letztgenannte, zwingende Gründe nicht vorliegen, müssen wir die Indikation auf Schwangerschaftsunterbrechung entschieden ablehnen, da ja sonst die Gefahr vorläge, daß jedes unehelich geschwängerte Mädchen sich als „vergewaltigt“ bezeichnen würde. Wir dürfen aber meines Erachtens den Standpunkt vertreten, daß, wenn die Patientin so schwer durch die Vergewaltigung psychisch alteriert ist, daß sie durch diesen Insult zum Selbstmord getrieben wird und auch von psychiatrischer Seite der Selbstmord als unabwendbar erachtet wird, dann auch die Indikation auf Unterbrechung der Schwangerschaft stellen können.

Auf ähnliche Gesichtspunkte, die eine Schwangerschaftsunterbrechung notwendig machen, hat Sellheim¹⁾ vor 2 Jahren in einem ärztlichen Verein hingewiesen. Sellheim erachtet auch bei drohender Selbstmordgefahr eine Unterbrechung für durchaus indiziert. Er weist auf die nicht allzu seltenen Fälle hin, bei denen der unvorsichtigerweise vom Arzt geäußerte Verdacht einer Schwangerschaft den Selbstmord der Patientin zur Folge hatte; manchmal wurde bei solchen Fällen bei der Obduktion später gar keine Schwangerschaft nachgewiesen, sodaß das Mädchen gewissermaßen ohne Grund aus dem Leben geschieden war. Solche Frauen und besonders Mädchen sind doch wohl in „akuter direkter Lebensgefahr“, die auch kaum auf andere Weise beseitigt werden kann als durch die Schwangerschaftsunterbrechung. Und gerade bei diesen Fällen kommt es auf den Gynäkologen an. Er ist gewissermaßen der Richter, der durch seine Diagnose das Todesurteil über die Patientin fällt und auf den es ankommt, damit das Unglück verhindert wird. Deswegen scheint es mir besonders wichtig, daß gerade die Gynäkologen ihren Blick für solche Fälle leichter und schwerer psychischer Störungen schärfen, um rechtzeitig zu erkennen, ob in dem betreffenden Fall der Selbstmord unabwendbar von der Patientin ausgeführt werden wird, und rechtzeitig in diesen Fällen den Psychiater zu Rate zu ziehen, dem dann die Entscheidung, ob unterbrochen werden soll oder nicht, zufallen muß.

Nachschrift.

Von Oberreichsanwalt Dr. Ebermayer.

Der vorliegende Fall zeigt wieder deutlich die Reformbedürftigkeit unserer strafrechtlichen Bestimmungen. Unterstellt man die tatsächlichen Annahmen als richtig, so würde es sich allerdings um eine gegenwärtige, auf eine andere Weise nicht zu beseitigende Gefahr für das Leben der Schwangeren handeln. Nach § 54 StGB. berechtigt dies den Arzt aber nur dann zum Eingreifen, wenn die Schwangere zu seinen Angehörigen gehört. Es ist allerdings vielfach die Ansicht verbreitet, daß die Unterbrechung der Schwangerschaft auch über den Kreis der Angehörigen hinaus zulässig sei, wenn nur im übrigen die Voraussetzungen des § 54 vorliegen. Auch die Gerichte haben zuweilen diesen Standpunkt eingenommen, und in einem vereinzelt Falle hat auch das Gericht die Annahme des Landgerichts, der Arzt könne in solchem Falle straflos unterbrechen, stillschweigend gebilligt. Mit dem Standpunkt, den es im allgemeinen ärztlichen Eingriffen gegenüber einnimmt, ist dies schwer vereinbar. Ein sicherer Rechtsboden kann hier nur gewonnen werden, wenn, wie es der Entwurf zum StGB. tut, das Recht zur Nothilfe über den Kreis der Angehörigen hinaus erweitert wird.

Herkunft und Schicksal der Augenflüssigkeiten¹⁾.

Von Dr. Carl Hamburger, Augenarzt in Berlin.

Zu den Arbeiten von Weiß und Seidel habe auch ich den Anspruch, gehört zu werden, weil ich unter den Lebenden wohl derjenige bin, der von seiner Kraft am meisten diesem Problem gewidmet hat. Die Darstellung Seidels (Seidel war Lebers persönlicher Mitarbeiter), wonach die klinischen Tatsachen für Leber sprächen, ist unrichtig — diese sind ganz im Gegenteil mit Lebers Theorien völlig unvereinbar: das gilt nicht bloß für die zahllosen ganz weichen Augen (intraokularer Druck 12, 10, 8 und weniger Millimeter Hg), bei denen also jede filtrative Triebkraft entfällt und welche trotzdem funktionieren, es gilt besonders auch für die Erweichung des Auges durch Adrenalin, bei weiter Pupille, also „verlegtem“ Ausführungsgang; denn als solcher wird der Schlemmsche Kanal gleichsam angesehen. Das Interesse an diesem Problem geht über das Spezialistische weit hinaus, denn hier liegt ein Beispiel vor dafür, wie durch Festhalten an einem theoretischen Schema der Fortschritt der Wissenschaft gehemmt wurde.

Nur Weniges sei herausgegriffen. Leber nahm an, das Auge werde von einem Ernährungsstrom durchflossen, nach rein physikalischen Gesetzen; seine Ansichten entsprechen denen, mit welchen sein Lehrer, Carl Ludwig in Leipzig, die rein physikalische Filtrationstheorie des Harnes in der Niere begründet hatte. Der Strom im Auge mußte nun, wie jeder Strom, erstens eine Quelle, zweitens einen Verlauf, drittens eine Mündung besitzen. Für alle diese drei Punkte war nach Leber die sichere Antwort gegeben: die Quelle war, einzig und allein, der Ziliarkörper (die schwammige, blutreiche Uvea usw. kam gar nicht in Betracht); der Weg sollte, frei und ungehindert, durch die stets offene Pupille gehen; die Mündung sollte in den Schlemmschen Kanal erfolgen nach rein physikalischen Gesetzen, genau berechenbar für die Zeiteinheit. Seidel ist sehr im Irrtum, wenn er es so darstellt, als habe Leber wegen der Langsamkeit des Stromes schließlich selber nicht mehr so recht an ihn geglaubt. Vielmehr hat Leber ein Instrument konstruiert, „Filtrationsmanometer“, mit dem er (bis auf den Kubikmillimeter!) berechnen zu können meinte, welche Flüssigkeitsmenge in der Zeiteinheit vom Ziliarkörper abgesondert wird, die Pupille durchströmt und das Auge verläßt. Alle diese Darlegungen finden sich an maßgebender Stelle, nämlich im Handbuch der gesamten Augenheilkunde von Gräfe-Sämisch (2. Aufl., 1904), für welche Leber „die Ernährungs- und Zirkulationsverhältnisse des Auges“ geschrieben hat. „Zu welchen physiologischen Ungeheuerlichkeiten“, schreibt Römer (Bonn) in seinem Lehrbuch der Augenheilkunde (4. Aufl., 1923, S. 302), „diese Hypothese führen müßte, hat uns jetzt der Physiologe Müller in Düsseldorf gezeigt. Wenn die Hypothese Lebers von dieser Flüssigkeitsströmung im Auge richtig wäre, so würde dies nach Müller bedeuten, daß der winzige Ziliarkörper im Auge den zehnten Teil der gesamten Lymphproduktion im menschlichen Organismus leisten würde und daß die Tätigkeit des Ziliarkörpers um das Tausendfache größer wäre als die Tätigkeit der Leber!“ All diese Flüssigkeit soll aus dem Auge durch den Kanal herausfiltriert werden. Da nun beim Glaukom, dieser schweren, nur

¹⁾ Bemerkungen zu den gleichnamigen Aufsätzen von Prof. O. Weiß und E. Seidel, D. m. W. 1925 Nr. 1, 2 u. 21.