

erbracht, daß die vegetativen Neurosen durch abnorme Einflüsse der Psyche auf das vegetative Nervensystem hervorgerufen werden. Wir können dabei zwei Grundtypen unterscheiden, die „Angstneurose“ und die „Aergerneurose“.

Mit dieser Feststellung wird aber auch ein Anhalt für die Therapie gegeben: sie muß Psychotherapie sein. Psychoanalyse und Erziehungstherapie haben das Wort. Die medikamentöse Therapie z. B. mit vegetativen Pharmaka darf nur da angewandt werden, wo die Störung eines Organs als besonders lästig im Vordergrund steht. So litt Fall 1 an Magenbeschwerden, die durch Pilokarpinchlorhydrat beseitigt wurden, Fall 4 an Magenbeschwerden, die auf Atropin verschwanden. Immer aber ist diese Therapie ein Notbehelf und darf von der Behandlung der Gesamtpsyche nicht ablenken.

1. de Vrieß-Reilingh, Der Blutdruck und seine Messung, 1918. — Zbl. f. Herzkrk. 1926, 19 Nr. 20. — 3. Veget. Nervensystem, Hypercholesterinämie und Arteriosklerose in ihren Beziehungen zueinander. Kl. W. 1927 Nr. 50.

Aus dem Gerichtsärztlichen Universitätsinstitut Breslau.

### Die Untersuchung auf Virginität.

Von Med.-Rat Priv.-Doz. Dr. G. Straßmann.

In dem Krantz-Prozeß hat der Gerichtsarzt Med.-Rat v. Mahrenholtz erklärt, daß der ärztliche Praktiker im allgemeinen nicht die Fähigkeit besäße, die anatomische Intaktheit eines Hymens zu begutachten. Placzek<sup>1)</sup>, der selbst die Schwierigkeiten einer derartigen Begutachtung zugibt, hält dieses Urteil des Gerichtsarztes nicht für berechtigt. Es mag sein, daß das in diesem Falle abgegebene Gutachten des erfahrenen ärztlichen Praktikers richtig war. Schon F. Leppmann<sup>2)</sup> hat aber darauf hingewiesen, daß das Urteil des Gerichtsarztes an sich berechtigt ist. Daran kann auch die Meinung des Geschäftsausschusses der Berliner ärztlichen Standesvereine nichts ändern, wonach jeder praktische Arzt nach seiner Ausbildung geeignet sei zu beurteilen, ob ein Hymen virginell oder nicht virginell wäre, denn der Beweis einer solchen Fähigkeit ist durch dieses Urteil nicht erbracht. F. Leppmann betont mit Recht, wie wenig die Untersuchung des Hymens im ärztlichen Unterricht geübt würde und wie wenig Mädchen durch den Allgemeinpraktiker auf Virginität untersucht würden. Tatsächlich hat nur der Gerichtsarzt, der Gynäkologe oder der beschäftigte Haut- oder Sexualarzt häufiger solche Untersuchungen vorzunehmen. Wie schwierig die Feststellung der Virginität des Hymens ist, wird in allen gerichtlich-medizinischen Lehrbüchern betont. Ich verweise nur auf die Arbeiten von Haberdasch<sup>3)</sup> und Antoine<sup>4)</sup>, die vor kurzem erschienen sind. Jedem gerichtlichen Sachverständigen, der in Sittlichkeitsprozessen häufiger tätig ist, sind Fehlurteile bekannt, die durch Untersuchungen praktischer Aerzte entstanden sind, soweit diese den Auftrag hatten, bei jugendlichen weiblichen Personen, an denen ein Sittlichkeitsverbrechen verübt sein sollte, die Frage der Virginität zu prüfen. Daß sogar durch die ärztliche Untersuchung Verletzungen des Hymens, die vorher nicht vorhanden waren, entstehen können, braucht nicht besonders betont zu werden. Auch davon sind Fälle bekannt. Nach eigenen Erfahrungen wird von Praktikern häufiger angenommen, daß ein vollendeter Beischlaf stattgefunden hätte, indem natürliche Kerben für Einrisse und Narben durch Defloration angesehen werden, als daß eine Virginität angenommen wird, die nicht mehr vorlag. Durch ein unrichtiges ärztliches Gutachten wird die Vernehmung der jugendlichen Zeuginnen in eine falsche Richtung gelenkt, und es kann durch Suggestivfragen eine Erzählung verursacht werden, die mit den tatsächlichen Vorgängen nicht übereinstimmt und deren Glaubhaftigkeit von der Verteidigung mit Recht angegriffen wird. Tatsächlich kann die Schwierigkeit der Untersuchung und Beurteilung der Virginität nur derjenige ermessen, der sehr häufig solche Untersuchungen vorzunehmen hat. Daß man auch an amtlichen Stellen dieser Ansicht ist, geht daraus hervor, daß vielfach Abmachungen zwischen der Polizei und den Gerichtsärztlichen Instituten bestehen, nach denen alle weiblichen Personen, an denen ein Sittlichkeitsverbrechen vor kürzerer oder längerer Zeit begangen worden sein soll, dem Gerichtsärztlichen Institut zur Untersuchung zugeführt werden, eine Einrichtung, die überall durchgeführt werden sollte, wo eine solche Untersuchungsmöglichkeit besteht. So werden in Breslau vom Frauenkommissariat des Polizeipräsidiums, sobald dort eine Anzeige über ein begangenes Sittlichkeitsverbrechen eingeht, die verletzten weiblichen Personen dem Gerichtsärztlichen

Institut zugeführt, und es erfolgt dann die Vernehmung unter Berücksichtigung des gerichtsarztlichen Befundes.

Es ist erklärlich, daß eine ärztliche Fehlbegutachtung für die Psyche der verletzten Mädchen von Schaden sein und die Angehörigen in berechtigte Erregung versetzen kann. Die Fehlbegutachtung kann aber auch der Aufklärung der Straftat hinderlich sein, wie zwei Fälle beweisen, die in letzter Zeit von mir begutachtet wurden.

Ein 76jähriger, seit Jahren impotenter Mann, der an erheblichem Altersschwachsinn litt und auch starke körperliche Verfallerscheinungen darbot, hatte bei einer Reihe minderjähriger Mädchen unsittliche Handlungen vorgenommen. Es war, wie meist in solchen Fällen, nur zu Berührungen der Genitalien gekommen, wofür er den Mädchen kleine Geldgeschenke gemacht hatte. Der Mann, bis dahin völlig unbescholten, wurde von mir wegen der senilen Demenz für unzurechnungsfähig erklärt; ein anderer Gutachter schloß sich dem nicht an. Er wurde, entgegen meinem Gutachten, zu 2 Jahren Gefängnis verurteilt. Der Arzt in O., der 3 der Mädchen untersucht hatte, behauptete, bei einer aus zwei Kerben des Hymens, die noch dazu symmetrisch waren, schließen zu können, daß hier mit Sicherheit ein Geschlechtsverkehr stattgefunden hat. Die Nachuntersuchung ergab, daß es sich um angeborene, nicht bis auf die Scheidenwand reichende Kerben handelte. Ein Geschlechtsverkehr konnte bei der Zartheit des Hymens nicht stattgefunden haben, ganz abgesehen davon, daß dieser 76jährige senile Mann zu einem solchen Verkehr völlig unfähig war. Die Eltern des Mädchens befanden sich begreiflicherweise in berechtigter Erregung auf Grund des ihnen mitgeteilten ersten ärztlichen Gutachtens, nach dem das zur Zeit der Taten 12jährige Mädchen nicht mehr Virgo wäre. Die Glaubwürdigkeit dieser Zeugin, die behauptete, daß sie sonst nie mit Männern etwas zu tun gehabt hätte, abgesehen von den zugegebenen Berührungen ihrer Genitalien durch Sch., wurde auf Grund des falschen ärztlichen Gutachtens mit Unrecht bezweifelt.

In einem zweiten Prozeß stand ein Bergmann H. im Verdacht, mit 3 minderjährigen Mädchen unzüchtige Handlungen vorgenommen zu haben. Zwei hatten nur etwas von Berührungen der Genitalien bekundet, die dritte, ein sehr leicht beeinflussbares, unter dem Durchschnitt stehendes, jetzt 13jähriges Mädchen, hatte auf Befragen, nachdem einmal die Sache herausgekommen war und ein Arzt mit Sicherheit den vollzogenen Beischlaf bei ihr und den beiden anderen Mädchen festgestellt haben wollte, zugegeben, daß ein Einführen des Gliedes stattgefunden hätte. Die Nachuntersuchung durch den sehr erfahrenen Med.-Rat H. in W., deren Richtigkeit ich vor dem Termin bestätigen konnte, ergab bei allen drei Mädchen ein völlig intaktes Hymen, das so wenig dehnungsfähig war, daß beim Einführen des Gliedes unbedingt ein Einriß hätte zustandekommen müssen. Von der Verteidigung wurde die Glaubwürdigkeit aller 3 Mädchen angezweifelt, da bei allen dreien nach der Bekundung des Arztes ein Geschlechtsverkehr stattgefunden haben müßte; da zwei jeden Geschlechtsverkehr mit diesem Manne bestritten, könnten sie geschlechtlich nicht mehr unbescholten sein, und es handele sich bei der Anzeige offenbar um Beschuldigungen aus Rachsucht. Im Termin erklärten alle drei, daß es nur zu Berührungen gekommen wäre, die polizeiliche erste Aussage der einen Zeugin war anscheinend nur durch die eindringliche Befragung der Polizeibeamten zustandekommen. Die Vernehmung war entsprechend dem ärztlichen Attest geführt worden. Trotzdem der Beschuldigte bis zum Schluß leugnete, hatte er sicher unsittliche Berührungen, aber keinen Geschlechtsverkehr mit den Mädchen vorgenommen, zumal eine vierte einwandfreie Zeugin dasselbe bekundete.

Aus diesen beiden Fehlbegutachtungen, deren Zahl sich durch Befragen erfahrener Gerichtsärzte leicht vermehren ließe, läßt sich ersehen, daß durchaus nicht jeder Praktiker zur Beurteilung der Virginität nach seiner Ausbildung fähig ist. Dazu ist nur derjenige in der Lage, der die mannigfaltigen Bildungen des Hymens kennt, der häufig Gelegenheit hat, Untersuchungen auf Virginität vorzunehmen und seine Kenntnisse durch Erfahrungen auf diesem Gebiet zu erweitern und zu vertiefen. Es ist dabei gleichgültig, ob dies ein Gerichtsarzt oder Gynäkologe oder ein Arzt ist, der sich speziell mit sexuellen Fragen viel beschäftigt.

Aus der Abteilung für Frauenkrankheiten des Allerheiligenhospitals in Breslau. (Primärarzt: Prof. R. Asch.)

### Erfahrungen über die Schwangerschaftsunterbrechung.

Von Hans Goldschmidt.

Wenn man über die Erfahrungen unserer Abteilung über die Schwangerschaftsunterbrechung berichten soll, so steht ein reichhaltiges Material zur Verfügung. Ich habe zu diesem Zwecke die letzten 100 Fälle, die sich auf einen Zeitraum von etwa 10 Jahren erstrecken, zusammengestellt. An Hand dieser will ich über unsere Erfahrungen berichten.

Die ins Krankenhaus zur Unterbrechung eingewiesenen Patientinnen werden zunächst von fachärztlicher Seite noch einmal untersucht, falls noch kein fachärztliches Zeugnis beiliegt, eventuell längere Zeit beobachtet, und erst auf ihre Indikation hin wird die Interruptio vorgenommen.

<sup>1)</sup> D. m. W. 1928 Nr. 11. — <sup>2)</sup> Aerztl. Sachverst.ztg. 1928 Nr. 7. — <sup>3)</sup> Dtsch. Z. gerichtl. Med. 1927, 10 S. 652. — <sup>4)</sup> Beitr. gerichtl. Med. 1928, 7.

Unter unseren Kranken ist, wie auch anderswo, die Tuberkulose mit 81 an der Zahl vorherrschend. Hauptsächlich ist es die Tuberkulose der Atmungsorgane, aus der sich die Zahl der zu unterbrechenden Fälle rekrutiert.

Dreimal war die Lungentuberkulose mit einer Larynx-tuberkulose vergesellschaftet, alles sekundäre Fälle. Nach Ansicht der Laryngologen gibt es so gut wie gar keine primäre Larynx-tuberkulose. Einmal mußte auch die Knochentuberkulose als Indikationsstellung gelten.

Unter den Lungenkranken hatten 7 Frauen eine offene Tuberkulose, bei 8 Frauen konnte anamnestisch eine hereditäre Belastung festgestellt werden, wo Eltern oder Geschwister bereits dieser Infektion erlegen waren. In Wirklichkeit dürfte aber der Prozentsatz viel höher sein. Bei 3 Frauen bestand zur Zeit der Interruptio ein Pneumothorax, der aus therapeutischen Gründen angelegt war. In 23 Fällen fiel der Beginn des Leidens schon ins jugendliche Alter; der größte Teil von ihnen hatte Heilstätten aufgesucht, deren Erfolg fast bei allen ausgeblieben war. Denn schließlich spielen doch die schlechten sozialen Verhältnisse, Wohnungsnot, Arbeitslosigkeit und damit verbunden die schwierige finanzielle Lage eine ganz bedeutende Rolle bei der Erhaltung der Gesundheit. Nicht selten erfolgt nach Rückkehr eine Reinfektion durch den Ehemann, und der Circulus vitiosus ist geschlossen.

Drei von unseren Patientinnen hatten kurz vor oder während des Aufenthaltes eine Hämoptoe durchgemacht, bei anderen 3 Frauen waren die Kinder infiziert, sodaß 2 Kinder an einer Lungentuberkulose, 1 an Darmtuberkulose zugrundegegangen waren. Bei der einen, die ihr Kind an Darmtuberkulose verlor, waren sämtliche 3 anderen Kinder an Lebensschwäche ad exitum gekommen. Wahrscheinlich lag bei diesen ebenfalls eine Tuberkuloseinfektion vor. Wie so oft wird es auch der Fall sein, daß hinter einer klinisch diagnostizierten Bronchitis oder Bronchopneumonie eine Tuberkulose steckt, und damit dürfte sich auch diese Sterblichkeitsziffer wesentlich erhöhen.

Andere Komplikationen bei der Lungentuberkulose möchte ich nur kurz erwähnen: Basedow, alte Kokitis, schwerste Rachitis, Hernia ing. duplex.

Interessante Ergebnisse resultierten auch aus einer Nachfrage bei einem Teil der Frauen über ihr nachheriges Befinden. Ueber 10 Fälle war eine Antwort eingelaufen, 3 waren an ihrer Tuberkulose verstorben. Eine ganze Reihe anderer war wieder in Lungenbehandlung, bei einer Patientin war inzwischen eine Thorakoplastik mit gutem Erfolge durchgeführt. Diese Patientin erfreut sich 2 Jahre nachher bester Gesundheit. Einige von den Nachuntersuchten waren wieder gravid, obwohl man ihnen fakultative Sterilisierung (Okklusivpessar) oder dauernde Sterilisierung (Tubensterilisation), je nach dem Grade ihres Leidens, angeraten hatte. Leider aber befolgen die meisten den Rat nicht, diese aus Bequemlichkeit, jene aus Furcht vor einem operativen Eingriff; beide im Vertrauen darauf, daß, falls sie wieder gravid werden, ihnen abermals die Schwangerschaft genommen wird. Ebenso bedauerlich ist es auch, daß eine Belehrung, daß eine neue Schwangerschaft eine weitere große Schädigung für ihr Leiden hervorrufe, nichts nützt.

Die zweite Stelle in der Indikation zur Interruptio nehmen die 11 Fälle mit Herzfehlern ein.

Darunter fanden sich 10mal Mitralinsuffizienz + Stenose, 1mal 1 Aorteninsuffizienz. Einmal lag auch eine Dekompensation einer Mitralinsuffizienz vor. Bei 2 Frauen hatten sich schon in früheren Jahren Erscheinungen von seiten des Herzens, die in Atembeklemmungen bestanden, bemerkbar gemacht; bei der einen von ihnen stellte sich der Herzfehler als Folge eines Gelenkrheumatismus ein. Trotzdem diese Patientin zur Tubensterilisation bestellt war, kam sie jetzt wieder mit einer erneuten Gravidität, die wiederum unterbrochen werden mußte. Diesmal hielten, im Gegensatz zum 1. Wochenbett, nach Abort. artef. Temperaturen an, die nach gründlicher Beobachtung der Internisten ihre Deutung in einer Endokarditis fanden. Der Ausgang der Krankheit ist fraglich. Patientin liegt zur Zeit auf der Inneren Abteilung. Bei einer Patientin hatten wir vor Ausstoßung der Plazenta einen sehr starken Blutverlust; es mußte eine digitale Ausräumung vorgenommen werden. Weitere Komplikationen erlebten wir beim Abort und im Wochenbett nicht.

Bei 3 Patientinnen bestand der Grund zur Unterbrechung in ihrem verengten Becken.

Alle drei hatten bereits je 2 Sectiones caesareae durchgemacht, die eine hatte zudem noch eine Hernia ventralis, bei ihr wurde der gravis Uterus supravaginal amputiert. Bei einer von ihnen waren 2 Perforationen vorgegangen, bei der dritten war bereits 2mal die Interruptio vorgenommen.

Die anderen für uns maßgebenden Indikationen gaben eine hochgradige Kyphoskoliose, ein Status post op. nach Rektumkarzinom (Anus praeternaturalis), ein Status epilepticus, eine Hernia cicatr. nach einseitiger Tubenentfernung und eine multiple Sklerose ab.

Die Technik der Unterbrechung wurde bei unseren Fällen in mannigfachster Art ausgeübt. Wir verwendeten Laminaria-stifte, versuchten häufig den Blasenstich nach dem 3. Monat, der nach unserer Meinung die schonendste Methode ist, die aber sicherlich eine große Geduld erfordert. Nach Asch kann man die Fruchtblase sprengen und soll den Eintritt des spontanen Abortes abwarten. Nach Möglichkeit soll man zur Einleitung die Zeit der normalen Menstruation wählen, weil da die meiste Aussicht auf Beschleunigung der Ausstoßung von Frucht und Plazenta besteht. Die Patientin kann, falls der Zeitpunkt zu früh gewählt sein sollte, mit gesprungener Blase selbstverständlich bei sexueller Abstinenz nach Hause entlassen wer-

den und soll bei Zeichen beginnenden Abortes die Klinik wieder aufsuchen. In höheren Schwangerschaftsmonaten versuchten wir es auch manchmal mit Baumscher Blase, Zelluloidbougie, Metreurynter, einmal auch mit Prokteurynter. In einigen Fällen bewährte sich Uterus- oder Vaginaltamponade unterstützend sehr gut.

Der Hegarsche Dilator wird wegen der damit verbundenen Gefahren auf unserer Abteilung bekanntlich verworfen.

Dagegen hatten wir in den letzten Jahren sehr gute Erfolge mit dem von Schatz eingeführten und neuerdings durch die Greifswalder Klinik wieder propagierten Metranoikter.

Kaiser berichtete bereits 1925 aus unserer Abteilung über unsere guten Erfahrungen, und wir können diesen aus den letzten Jahren noch eine ganze Reihe hinzufügen, ohne jemals einen Schaden gesehen zu haben. Kürzlich wandten wir auch den Metranoikter zur Einleitung einer Frühgeburt an und brachten in der Tat die Geburt in Gang.

In besonderen Fällen beschränken wir bei gegebener Indikation den Weg zur Laparotomie oder den vaginalen Weg zwecks Entfernung des graviden Uterus, im Gegensatz zu den anderen Kliniken, die den sogenannten Prinzesschnitt bevorzugen, den wir verwerfen.

Zahlenmäßig verteilte sich die Unterbrechungstechnik folgendermaßen: 35mal in kombiniertem Verfahren, d. h. wenn zur Unterstützung einer Methode eine andere herangezogen werden mußte. In diesen Fällen war die Durchschnittsdauer vom Beginn der Einleitung bis zur Beendigung des Abortes 4 Tage; 30mal Metranoikter, Durchschnittsdauer 1 Tag; 10mal Blasenstich, Durchschnittsdauer 6 Tage; 9mal Laminaria, Durchschnittsdauer 2 Tage. Einmal erlebten wir bei Laminaria ein Abbröckeln des Stiftes, sodaß zu einer Hysterotomia anterior geschritten werden mußte; übrigens das einzige Mal, wo ein operativer Eingriff bei Abortus artificialis erfolgen mußte.

Sechsmal Baumsche Blase, Durchschnittsdauer 2 Tage. Hier erlebten wir 2mal ernstere Blutungen, davon 1mal vor und 1mal nach Lösung der Plazenta.

1 Uterustamponade. Operativ: 8 supravag. Amp. 1 vag. tot.

Kürettements haben wir in allen den Fällen angeschlossen, wo uns der Abort unvollständig erschien. Das Wochenbett wurde nur in 4 Fällen kompliziert. Einmal durch eine Zystitis, einmal Halsdrüsen-eiterung, eine Mastitis und eine schwere Thrombophlebitis mit Embolie; auch diese konnte als geheilt nach 44 Tagen entlassen werden.

Zum Schluß können wir sagen: Erfreulicherweise hatten wir nicht einen Todesfall, auch nicht ein einziges Mal eine Sepsis. Die Durchschnittsaufenthaltsdauer betrug 8,1 Tage. Bei 24 Frauen konnten wir Temperaturen über 37,5° beobachten; es handelt sich zumeist um Tuberkulosepatientinnen, deren Temperaturen auf ihr Lungenleiden zu beziehen waren. Dreimal erlebten wir schwere Blutung vor oder nach Ausstoßung der Plazenta. Unser Ziel, Einleiten des Abortes in schonendster Weise, Abwarten des spontanen Verlaufes, Kürettement nur bei unvollkommenem Abort, haben wir also stets mit Erfolg durchgeführt. Von gleichzeitiger Tubensterilisation nehmen wir Abstand, ebenso sehen wir von Lagekorrekturen des Uterus, Plastiken und anderen, nicht im Moment erforderlichen Operationen ab, um nicht unnötige Komplikationen zu schaffen. Wir sparen uns diese für einen späteren Zeitpunkt auf, der nach Ablauf des Wochenbettes liegt.

Aus der II. Chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Westend.  
(Prof. A. W. Meyer.)

### Zur Behandlung der Schweißdrüsenabszesse.

Von Dr. E. Kahnt, Assistent.

Das große Interesse, das gerade in letzter Zeit wieder besonders lebhaft der Behandlung der Schweißdrüsenabszesse entgegengebracht wird, hat mich veranlaßt, das Material unserer Klinik zusammenzustellen und einer Nachuntersuchung zu unterziehen. Uns lag vor allem daran, uns ein Bild vom Erfolg der Röntgenbestrahlung zu machen, die wir seit 1924 anwenden, teils um eine schnellere Einschmelzung vorhandener Infiltrate zu erzielen, teils um durch Nachbestrahlung eine Verödung der Drüsen zu erreichen. Da wir nur einen Teil der Fälle bestrahlten, wird die Gegenüberstellung dieser und der nichtbestrahlten Fälle einen Beitrag zur Klärung der Frage nach der Wirksamkeit und Leistungsfähigkeit der Bestrahlung insbesondere im Hinblick auf die Verhütung der Rezidive bringen.

Unser Material umfaßt 44 Fälle aus der Zeit vom August 1923 bis zum Dezember 1926. Der Abstand von einem Jahr ist für die Beurteilung der Rezidivfreiheit zu fordern. Mit 30 Fällen stellt das weibliche Geschlecht über zwei Drittel des Materials; wir haben versucht, bei der Erhebung der Vorgeschichte besondere exogene Schädigungen als Erklärung hierfür zu finden, doch sind wir zu keinem Ergebnis gekommen. Die Mehrzahl aller Fälle, 27 (61%), standen im Alter von 15—30 Jahren, der Rest verteilt sich