

die für diese Zwecke eingesetzt werden können. Es werden unter Vorführung von Lichtbildern zunächst die verschiedenen Arten der Luftangriffe besprochen: Tagesangriff, meist im geschlossenen Verband, Nachtangriff, unter Einsatz von Einzelflugzeugen. Je nach der Art eines Auftrages wird ein Luftgeschwader im Tagesangriff geschlossen oder wellenartig durch Einsatz seiner einzelnen Staffeln einen Bombenangriff ausführen. Die Höhen, in denen angegriffen wird, betragen etwa 6000 bis 7000 m. In dieser Höhe ist die Wirkung von Flugabwehrgeschützen nur noch gering und gegnerische Jagdflieger brauchen ziemlich lange, um sich so hoch hinaufzuschrauben. Derartige „Hochangriffe“ dienen dazu, ohne die Möglichkeit genauen Zielens, große Flächen, wie Städte, Industrie- und Bahnanlagen, mit Bomben zu belegen. Die Wirkung derartiger „Terrorangriffe“ besteht nicht nur in einer weitgehenden Zerstörung von Material, sondern vor allem auch in der seelischen Zermürbung der Bevölkerung. Diese moralische Belastung wird noch gesteigert, wenn derartige Angriffe in immer erneuten Wellen, im sogenannten „rollenden Angriff“ ausgeführt werden.

Bei Angriffen auf bestimmte kleinere Ziele erfolgt der „Zerstörungsangriff“ des genauen Zielens wegen aus geringen Höhen, wobei allerdings die Erdabwehr und auch die Abwehr durch gegnerische Jagdflieger wirksamer wird. Eine besondere Art des Zerstörungsangriffes ist der Angriff im „Sturzflug“, der nur für Spezialapparate und für besonders befähigte Flugzeugführer in Frage kommt. Die dritte Art des Tagesangriffes ist der „Tiefangriff“, der aus ganz niedrigen Höhen zwischen 20 und 300 m erfolgt. Den Vorteilen dieser Angriffsart: Unmöglichkeit eines rechtzeitigen Meldedienstes, Wirkungslosigkeit der Erdabwehr, steht der Nachteil entgegen, daß die Orientierung des Fliegers ungemein erschwert ist. Nachtangriffe, die vorläufig jedenfalls nur durch Einzelflugzeuge ausgeführt werden, werden in der Hauptsache wohl nur dann ausgeführt, wenn es sich darum handelt, die Bevölkerung des Gegners zu beunruhigen. Die Treffsicherheit beim Bombenabwurf wird durch die Fluggeschwindigkeit des Flugzeuges, den Luftwiderstand, Windinflüsse, Höhe des Abwurfs und die Streuung beeinflusst, so daß es auch mit den modernen Zielgeräten ziemlich schwer ist, mit der Fliegerbombe wirklich sicher zu treffen.

Die Bomben werden in Brisanz-, Brand- und Gasbomben unterschieden. Schwere Minenbomben reißen Trichter bis zu 9 m Tiefe und sind in der Lage, ganze Häuserblocks zum Einsturz zu bringen. Solche schweren Kaliber werden natürlich nur in einzelnen Fällen, d. h. gegen wichtige Ziele angewandt werden. Dagegen wird man die Brandbomben im Massenabwurf gegen die Bauten der Städte verwenden, denn sie sind leicht und können in großen Massen von einem Flugzeuge mitgenommen werden. Ein weiterer Vorteil der modernen Brandbomben ist der, daß sie keinerlei totes Gewicht besitzen, denn sowohl ihr Mantel als auch ihre Füllung verbrennen nach der Zündung restlos. Als Brandbomben werden Elektron-Thermit- und Phosphor-Brandbomben benutzt. Als Löschmittel kommt für beide praktisch nur trockener Sand in Frage. Die Gefährlichkeit eines Brandbomben-Angriffes geht aus folgender Berechnung hervor: Bei einem Angriff durch 36 Flugzeuge, die im Tagesangriff je bis zu 1000 kg Last tragen können, würden, wenn man Brandbomben von je 1 kg Gewicht verwendet, 36 000 Abwürfe erfolgen können. Angenommen, daß nur 50 Proz. der Flugzeuge das Ziel erreichen, und daß nur 40 Proz. der Zielfläche tatsächlich mit Häusern bebaut ist, treffen 5200 Bomben auf die Dächer. Nehmen wir an, daß nur ein Zehntel der abgeworfenen Bomben tatsächlich zündet, so würden doch immerhin 520 Brände im Augenblick entstehen. Der Abwurf von chemischen Kampfstoffen wird entweder in Bombenform vor sich gehen, oder durch Versprühen bzw. Abregnen geschehen.

Sitzung vom 5. Februar 1935, gemeinsam mit der Kasernenärztlichen Vereinigung Deutschlands,
Bezirksstelle Köln:

Herr Brand-Ing. Heising von der städt. Feuerwehr: „Atemschutzgeräte“ mit Vorführungen. Lukowsky.

Medizinische Gesellschaft zu Rostock.

Sitzung vom 31. Januar 1935.

Herr Jores demonstriert einen Fall von Morbus Cushing.

Herr v. Gaza: 1. Geheilte kongenitale Blasenspalte.

Demonstration eines 4j. Jungen (Sohn eines bulgarischen Arztes), der mit einer angeborenen totalen Blasenspalte in die Klinik eingeliefert wurde. Durch mehrfache Operationen ist die Blasenspalte beseitigt worden. Beide Ureteren wurden in das Kolon eingepflanzt, und zwar etwa nach der Methode von Coffey, d. h. Schrägimplantation nach Art der Witzel-Fistel. Es wurde auch unter Erhaltung des Colliculus seminalis die Epispadia penis vollständig beseitigt

und der Penis rekonstruiert. Das Kind hat sich nach den mehrfachen Operationen ausgezeichnet erholt.

2. Essentielle Thrombopenie.

Bei der 33j. Kranken H. M. handelt es sich um eine schwere **essentielle Hämaturie**, welche seit 2 Jahren bestand. Die lange Anamnese, aus der besonders Magenblutungen und schwere dysmenorrhische Blutungen hervorgehoben sind, lag es nahe, an eine essentielle Thrombopathie — oder wie es von Morawitz bezeichnet wurde — Thrombasthenie zu denken. In der Tat scheint der Erfolg nach **Entfernung** der etwas vergrößerten Milz diese Diagnose bestätigt zu haben. Die schweren Nieren- und Blasenblutungen, ebenso, wie auch das hohe remittierende Fieber, schwanden schlagartig nach der Operation. Die Kranke kann jetzt 3 Monate nach der Operation als geheilt betrachtet werden. Im Blutbild hatte vorher eine Thrombopenie nicht bestanden. Am wesentlichsten war nur die mächtige Anämie, deretwegen die Kranke auch schließlich nach vorheriger Behandlung in anderen Kliniken in die Chirurg. Univ.-Klinik eingeliefert wurde.

Herr Gissel: Die chirurgischen Sterilisationsmethoden.

Herr Haselhorst: Zur eugenischen Sterilisierung der Frau.

Dem Gynäkologen, der die Sterilisierung auszuführen hat, ist damit eine wichtige Aufgabe übertragen worden, handelt es sich doch in allen Fällen um einen größeren operativen Eingriff, ganz vorwiegend um Laparotomien. Wir stehen denselben Gefahren und Komplikationen gegenüber, mit denen wir in unserer operativen Tätigkeit auch sonst zu rechnen haben. Todesfälle und gesundheitliche Schäden durch die Operation sind geeignet, das Sterilisierungsgesetz in Mißkredit zu bringen. Daraus ergibt sich die Forderung, daß wir bei den Frauen vor dem Eingriff eine genaue Allgemein- und Lokaluntersuchung vornehmen, sie unter Umständen einige Tage beobachten oder auch vorbehandeln; daß der Eingriff stets von einem geübten Operateur ausgeführt wird, und die Entlassung nicht früher erfolgt, als es sonst nach ähnlichen Operationen üblich ist. Die unter Umständen dadurch entstehenden Mehrkosten müssen in Kauf genommen werden. Die Allgemeinheit fordert von diesen Frauen ein großes Opfer, dagegen fällt das Geldopfer, das sie bringt, gar nicht ins Gewicht. Wir haben nach § 1, Art. 1 das Recht, unter besonderen Verhältnissen die Operation abzulehnen oder zu verschieben. In Frage kommen:

1. Fälle, bei denen der Eingriff mit erheblichen Gefahren verbunden ist (Erkrankung von seiten der Lungen, des Kreislaufs; entzündliche Prozesse im Bereich des Genitales u. a.).

2. Fälle, bei denen die Operation unterbleiben kann.

a) Frauen von annähernd 40 Jahren, die trotz Geschlechtsverkehr in ihrem bisherigen Leben nicht gravide geworden oder Virgines sind.

b) Frauen über 30 Jahre mit einem ausgesprochen infantilen Genitale, die erfahrungsgemäß nicht mehr schwanger werden.

c) Frauen mit chronischen Adnexitiden stärkeren Grades.

Die Entscheidung darüber, ob die Operation abzulehnen oder auf einen späteren Zeitpunkt zu verschieben ist, kann nur in der Hand dessen liegen, der den Eingriff auszuführen hat und die Verantwortung dafür trägt. In die Frauenklinik sind bisher 100 Fälle zwecks Sterilisierung eingewiesen worden. Ueber Einzelheiten wird an anderer Stelle berichtet werden. Abgelehnt, bzw. aufgeschoben wurde die Operation in 8 Fällen:

1. Gravidität Mens VI (Juli 1934), 2. Tobsuchtsanfälle bei Schizophrenie, 3. u. 4. schwere katatone Zustände bei Schizophrenie, 5. subakute Adnexitis, 6. 4 Wochen vor Einweisung gynäkologische Operation mit Laparotomie, 7. Frau von 40 Jahren, früher Puella publica, später in 8j. Ehe steril. Progressive Paralyse, 8. Bronchitis mit reichlichem Auswurf.

Die Befürchtung, daß in derartigen Fällen einmal eine Gravidität eintreten könne, fällt heute nicht so sehr ins Gewicht, nachdem wir die Möglichkeit haben, dann eine Unterbrechung vorzunehmen und im Anschluß daran die Sterilisation durchzuführen. (Selbstber.)

Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 5. April 1935.

Herr D. Laszlo u. Herr K. Nowotny berichten über **nervöse Komplikationen bei der diesjährigen Grippeepidemie**. Sie fanden Zeichen von Meningo-Myelitis, wie Nackensteifigkeit, Kernig, Areflexie, Pyramidenzeichen, Minderung der motorischen Kraft. Es wird ein filterbares, neurotropes Virus angenommen. Die Symptome sind von Kopfschmerzen, Brechreiz und manchmal von Delirien begleitet. Die Dauer der Erkrankung ist kurz, die Rekonvaleszenz lang. Therapie: Cytotropin. Häufig beobachtet man neuritische Symptome.

Herr L. Böhler zeigt an der Hand von drei Fällen von **Wirbelsäulenfrakturen**, daß durch den Gipsverband keine Schädigung der Muskulatur eintritt. Die Kranken trugen das Gipsmieder 11,