

fruchten. Oft ist es der Mann, der die Unterbrechung der Schwangerschaft wünscht, nicht die Frau. — Ziemke: Es ist kein Fall bekannt, wo der Arzt, welcher aus individueller Indikation die Schwangerschaft unterbrach, bestraft wurde. Konsilien von Aerzten zur Feststellung der Indikation der Unterbrechung sind nicht unwirksam. In Nürnberg honorieren die Krankenkassen eine Abortbehandlung nicht, wenn das Konzilium sie nicht genehmigt hat. — Friccus: Die Standesvereine müssen sich mit der Abtreibungsfrage beschäftigen, das Volk und den Aerztestand zu schützen. — Lembecke (Landgerichtsdirektor) als Gast: Die Begnadigung für die uneheliche Mutter werde schon oft ausgeübt. Die Lohnabtreibung muß ohne mildernde Umstände bleiben. Dörpler (Staatsanwalt) als Gast: Unter dem Deckmantel des Arztes dürfen keine Abtreibungen vorgenommen werden, solche muß das Gesetz verhindern können.

Hanssen.

Hamburg, Aertzlicher Verein, 30. XII. 1924.

Hagena stellt einen 28jährigen Patienten mit **multiplen Myomen der Haut** vor. Seit seiner Kindheit bemerkte er die Knötchen in der Haut, die keinerlei Beschwerden machen, außer bei Druck oder Schlag. Organisch bietet der Patient keinerlei sonstige krankhaften Veränderungen. Die Hauptgruppe der linsen- bis erbsengroßen Knötchen befindet sich, etwa 30 an der Zahl, am Rücken bis in die Achselhöhle reichend. Weitere Einzelknötchen an anderen Körperstellen. Histologisch handelt es sich um Leiomyome der Haut. Es sind bisher nur 30 derartige Fälle beschrieben. Aetiologie unklar. Wahrscheinlich handelt es sich um angeborene Hamartome. Differentialdiagnostisch kommen Lymphangiome und Neurofibrome in Betracht sowie tuberöse Xantome. Therapie unnötig. Ueber die Wirkung der Röntgenstrahlen liegen widersprechende Beobachtungen vor.

Ringel: **Pseudarthrose der Ulna** bei 17jährigem jungen Mann, der seit 5 Jahren an **Osteomyelitis** leidet. Ringel versuchte eine Implantation aus der Tibia, die trotz des infizierten Bodens einen vollen Erfolg hatte. Primäre Einheilung, keine neue Pseudarthrose.

E. v. d. Porten: **Zur Narkosenfrage**. Der Vortragende erörtert die Differentialindikation zwischen Inhalations- und Injektionsanästhesien, indem er die Mängel beider Methoden an Hand der Literatur einander gegenüberstellt. Die Narzylennarkose wird in ihrer Sonderstellung eingehend besprochen. Für die Injektionsmethoden wird das Fehlen der Möglichkeit zu individualisieren hervorgehoben, die bei der Inhalationsnarkose in größtem Ausmaße vorhanden ist, freilich gebunden an die Fähigkeiten, Kenntnisse und Geübtheit des Narkotisierenden. Auf Grund seiner Beobachtungen in England, wo „Anästhesia“ (Narkose) ein anerkanntes Spezialfach ist und wo beispielsweise jedes größere Krankenhaus einen Narkoseoberarzt und stets einen Narkosearzt vom Dienst hat, empfiehlt der Vortragende eine gründliche Beschäftigung mit der Narkose während des Studiums, wie es dem Ernst und der Wichtigkeit der Sache entspricht. Hierdurch sei die Möglichkeit gegeben, unsere Narkosen wesentlich zu verbessern.

Besprechung. Schmidt geht auf die Narzylennarkose auf Grund von 350 selbst genau beobachteten Narkosen ein und hält sie für einen erheblichen Fortschritt. Die großen Vorteile sind: immer wieder bestätigte Harmlosigkeit, niemals Schädigungen innerer Organe, geringes Maß postoperativer Lungenkomplikationen. Seelisch und körperlich überstehen die Kranken den operativen Eingriff besser als bei anderen Narkosen. Eine Menge unangenehmer Sensationen und Angstzustände bleibt ihnen erspart. Bei Operation Basedow-Kranker wurde das besonders empfunden. Nachteile: Bauchdeckenspannung bei Laparotomie, überwindbar durch Novokaininjektion in die Bauchmuskulatur. Oefter vermehrte Blutung. Explosionsgefahr wird stets bestehen bleiben, wenn sie auch durch entsprechende Maßnahmen sehr vermindert werden kann. Brenner, Flammen usw. absolut zu verbannen. Gefahr der Inselbildung. Technik einfach. Ueberdosierung gibt es nicht. Größere Erfahrung ist notwendig, bis man die Technik voll beherrscht.

Heynemann betont die Schwierigkeiten bei tiefen Laparotomien. Ein Narzylengehalt von 60–70% genügt. Pneumonien usw. bei Aether viel häufiger. Gute Resultate durch Kombination mit Novokaineinspritzungen in den Rektus. Wesentliche Verbesserung. 20 ccm intra operationem werden injiziert. Bei Vaginaloperationen ist er von der Lokalanästhesie abgekommen, weil die Frauen diese Art der Betäubung nicht mehr wollten. Lumbalanästhesie wendet er nicht an. In den Vordergrund für den Gynäkologen gehört die Allgemeinnarkose. Die Ausbildung von „Nurnarkotiseuren“ ist sicher gut, aber nicht durchführbar, zumal in der Klinik auch gerade die jüngeren Herren, Medizinalpraktikanten usw. die Narkosen machen müssen.

Kümmell sen.: Für die Praxis ist die Aethernarkose die beste, Chloroform vollkommen zu vermeiden. Auch die intravenöse Narkose ist gut für besondere Fälle, hat sich aber leider nicht durchgesetzt. Pneumonien sind bei örtlicher Betäubung nicht geringer. Die Be-

deutung derselben ist groß, aber die Ausschaltung des Persönlichen wichtig; wenn man bei einer örtlichen Betäubung zwischen durch doch Aether oder dergleichen anwenden muß, wie das bei Bauchoperationen usw. gelegentlich gemacht wird, so ist das keine Lokalanästhesie mehr. Die Allgemeinnarkose muß noch besser ausgebildet werden. Die Frage der Narkosenärzte ist sympathisch.

Ringel läßt nur Assistenten die Narkose machen. Die Ausbildung des akademischen Unterrichts in Narkose muß verbessert werden. Die Lokalanästhesie hat ihre Grenzen überschritten. Pneumonien haben zugenommen, weil die Muskeln gelähmt sind. Eine Methode wie die Paravertebralanästhesie ist nicht human. Die Allgemeinnarkose ist das Ideal. Die Narzylennarkose eine wertvolle Bereicherung. Ringel hat 500 derartige Narkosen mit 87 Laparotomien gemacht und nur 3 Versager durch technische Fehler erlebt. Das Urteil der Narkotisierten ist sehr günstig.

Grube: Lumbal- und Lokalanästhesien sind für gynäkologische Operationen nicht geeignet. Die Angst vor der Chloroformnarkose ist übertrieben. Künstlerisch ausgeführt mit kleinen und kleinsten Mengen durch einen geübten Arzt, ist sie nicht schädlich. In 25jähriger Frauenpraxis hat sich das Chloroform bewährt. Was nützt es, durch ein harmloseres Mittel die Narkosenstatistik zu verbessern, wenn gleichzeitig (Infektion durch Herauspressen der Därme) die Operationssterblichkeit sich verschlechtert.

Calmann ist ebenfalls Anhänger der Chloroformnarkose in der Gynäkologie. Auch die Lumbalanästhesie übt er aus.

Schöttmüller spricht über den Begriff der postoperativen Pneumonie. Die kruppöse spielt pathologisch-anatomisch keine Rolle. Wenig bekannt scheint es zu sein, daß sehr häufig Infarkte vorliegen, wo Bronchopneumonien angenommen werden, d. h. embolische Prozesse vom Operationsherd. Noch häufiger Bronchitis und Tracheitis mit Dämpfung und Bronchialatmen, ohne daß Pneumonie vorliegt. Es kommt zu Atelektase ohne Infiltration. Die Erscheinungen verschwinden rascher als bei Pneumonien. Als ein Vorteil der Narzylennarkose sieht Schöttmüller den Umstand an, daß man eine bessere Expektoration erreichen kann. In solchen Infarktfällen helfen große Morphiumdosen. Endlich wendet er sich gegen das frühe Aufstehen der Operierten, ein Standpunkt, gegen den Kümmell sen. polemisiert von der Porten (Schlußwort). Roedelius.

München, Aertzlicher Verein, 11. II. 1925.

Georg Schmidt (München): **Köhlersche Krankheit des Kahnbeines beider Füße in Verbindung mit pluriglandulärer Insuffizienz und als Ursache von Pes adductus**. (Krankenvorführung, Röntgenbilder.) Bei dem 20jährigen Mann besteht nach einem Unfall eine Verschiebung der linken oberen Schienbeinepiphyse nach hinten. Das linke Kniegelenk ist erheblich überstreckbar; ebenso das rechte. Intelligenzschwäche, zurückgebliebene körperliche Entwicklung mit Minderwuchs, trockene, spröde, ausfallende Kopfhare, spärliche Augenbrauen, Verlust beider Linsen infolge Operation wegen „rachitischer“ Katarakt im 8. Lebensjahre, Fehlen der Barthaare, unregelmäßig gestellte und geformte Zähne, Fehlen der Schilddrüse, Verbreiterung beider Speichenköpfchen mit Subluxation und Ueberstreckbarkeit in den Ellenbogengelenken, Tatzenhände, Kiel- und Trichterbrust, Kahnform der Schulterblätter, Skoliose, geringe Schambehaarung, Coxa valga beiderseits, Köhlersche Kahnbeinveränderung und Pes adductus beiderseits. Es handelt sich um pluriglanduläre Insuffizienz. Damit gewinnen wir eine Stütze für die Ableitung der ätiologisch immer noch umstrittenen Kahnbeinerkrankung. Die im Röntgenbilde deutliche Kahnbeinveränderung mußte zum Einknicken des inneren Fußrandes führen und klärt so die bisher noch recht dunkle Entstehung des Pes adductus. Vielleicht spielen beim Pes adductus congenitus oder — gesteigert — Pes varus congenitus Kahnbeinabweichungen mit, und zwar auf Grund innersekretorischer Minderwertigkeit.

Fischer (Kiel [a. G.]): **Die afrikanische Schlafkrankheit (Trypanosomiasis humana) und ihre Bekämpfung unter besonderer Berücksichtigung der deutschen Schlafkrankheitsexpedition 1921 bis 1924**. Der Vortragende, ein Schüler und Mitarbeiter R. Kochs und Kleines, hat die genannte Expedition selbst mitgemacht, auf Einladung der Engländer zuerst in Rhodesia, dann in Englisch-Kongo. Zuletzt in portugiesisch Fernando Po. Die Vorversuche, die mit dem Germanin-Bayer jahrelang und in allen Stadien der Krankheit gemacht wurden, ergaben ausnahmslos die überaus günstige Wirkung dieses Mittels. Im ersten und zweiten Stadium genügten gewöhnlich 1 bis 3 intravenöse Injektionen von 5 ccm einer 20%igen Lösung (also 1 g); das Mittel, ein weißes Pulver, kann in jedem Wasser durch Aufstreuen auf die Oberfläche gelöst werden. Im dritten Stadium (zerebrospinale Infektion) tritt auch sofort Besserung ein (Bilder dafür wurden vorgezeigt), doch muß die Kur hier nach 1 Monat wiederholt werden. Im ganzen ein glänzender Erfolg deutscher Wissenschaft. Die Eingeborenen nahmen die Deutschen hocheifrig auf und fragten, wann denn die Deutschen wieder kämen. Hoeflmayr.