

gesetzt werden müssen, welche den Transport des Eies durch die Tube verzögern, so wäre vielleicht an eine vermehrte Viskosität der beim Follikelsprung sich in die Bauchhöhle ergießenden Follikelflüssigkeit als Ursache zu denken.

H. Schulte-Tiggess-Honnef: Spezifische Intrakutanbehandlung.

Die Intrakutanbehandlung, zunächst unentschieden, ob sie vorteilhafter mit Tuberkulinen oder Partigenen durchgeführt wird, eignet sich am besten für die prognostisch ungünstigeren Fälle fibrös-knotiger, knotiger und auch knotig-pneumonischer Tuberkulose, während sie in gutartigen Fällen gegenüber den subkutanen, intramuskulären und verschiedenen Hautimpfungs-methode keine Überlegenheit erkennen liess.

Fr. Peemöller-Hamburg: Die unspezifische Behandlung der chronischen Gelenk- und Muskelerkrankungen mit besonderer Berücksichtigung der Yatren-Kasein-Therapie.

Yatren-Kasein in 2½ + 2½ proz. und 5 + 2½ proz. Lösung in Ampullen zu 1, 5, 10, 20 und 50 ccm von den Behringwerken hergestellt, erfordert eine sehr vorsichtige Dosierung; bei eintretender Herdreaktion ist ihr Ende abzuwarten und dann eine geringere Dosis zu geben. Unter dieser Voraussetzung erscheint Yatren-Kasein zur Zeit als das beste Mittel zur Behandlung chronischer Gelenkerkrankungen. Versager gab es in 10—15 Proz. der Fälle.

N. Roth und F. Sternberg-Pest: Zur Frage der Pankreasachylie.

Bei 6 Magenachylikern konnte kein Mangel an Pankreasfermenten festgestellt werden.

F. Jendral ski-Breslau: Die Intoxikationsamblyopie (Tabak, Alkohol) vor, in und nach dem Kriege.

Die Häufigkeitskurve der Intoxikationsamblyopien ergibt in den ersten Kriegsjahren ein Absinken, im Jahre 1917 infolge der damals besonders mangelhaften Ernährung ein vorübergehendes Ueberwiegen über die Friedensziffer und in den Jahren 1920/21 einen ganz steilen Anstieg zur über dreifachen Höhe der Friedensziffer.

Leven-Elberfeld: Zur experimentellen Syphilisforschung. Durch Lipoeinspritzung gelingt es, bei Kaninchen eine positive WaR. zu erzeugen, während die S.-G.-R. negativ bleibt. Nachträgliche Syphilisimpfung hatte stets positives Ergebnis.

W. Kowalski-Oldenburg: Ein Beitrag zur galoppierenden Syphilis. Der eingehend beschriebene Fall bestätigt die Anschauung Lessers, dass extragenitale Infektionen deswegen besonders gefährlich sind, weil die syphilitische Natur meist erst spät erkannt wird.

B. G. Gross-Berlin: Die Behandlung der Psoriasis vulgaris mit Thymusextrakt.

Thymophorin = Thymusextrakt, 1 ccm = 5 g Thymus (Freund und Redlich) intramuskulär jeden zweiten Tag injiziert, bewirkte einen auffallenden Rückgang der psoriatischen Eruptionen selbst bei schwersten Formen. Wieweit eine Dauerbeeinflussung vorliegt, bedarf noch der Feststellung.

W. Ebert-Zschadras: Die Indikationsbreite des künstlichen Pneumothorax bei Lungentuberkulose.

Verf. tritt für die Anwendung des Pneumothorax auch in weniger schweren Fällen ein, weil alsdann die Heilungsbedingungen wesentlich günstiger wären.

N. Ellerbroek-Celle: Zur operativen Behandlung des Nabelschnurbruchs.

Der Nabelschnurbruch muss operativ beseitigt werden; wo dies wegen Grösse des Bruches oder schlechten Allgemeinzustandes des Kindes nicht möglich ist, besteht auch mit dem A.H.Feldschen Verfahren nur geringe Aussicht auf Erhaltung des Lebens. Bericht über operative Heilung eines faustgrossen derartigen Bruches.

Keeser-Berlin: Quadronal. Das genannte Mittel setzt sich zusammen aus Phenazetin, Laktophenin, Antipyrin und Koffein und wird mit gutem Erfolge bei Erkältungskrankheiten und Neuralgien aller Art gegeben.

A. Belsdorff und K. Steindorff-Berlin: Augenärztliche Technik.

Baum-Augsburg.

Medizinische Klinik. Heft 39.

C. Leiner-Wien: Ernährung und Dermatosen des Säuglings. Fortbildungsvortrag.
P. Uhlenhuth-Marburg a. L.: Ergebnisse experimenteller Syphilisforschungen.

Im zweiten Teil der beachtenswerten Abhandlung werden eine Reihe von gelungenen Ueberimpfungsversuchen menschlicher Organe und Körperflüssigkeiten mitgeteilt, die von grosser Bedeutung für die Erkenntnis der syphilitischen Infektion und für die Diagnose sein müssen.

O. Steiner-Zürich: Zur Kenntnis mehrfacher Krebsbildung: Karzinom der Vallecula epiglottica und des Oesophagus.

Die zwei mitgeteilten Fälle zwingen zu dem praktisch wichtigen Schluss, dass die Radikaloperation eines Zungenbasis- bzw. Pharynxkarzinoms erst dann vorgenommen werden soll, nachdem man sich durch das Oesophagoskop überzeugt hat, dass der tieferliegende Oesophagus nicht karzinomatös, sei es primär oder sekundär, erkrankt ist.

K. Wohlgemuth-Berlin: Zur Behandlung von Pseudarthrosen und verzögerter Kallusbildung mit Fibrin (Bergel).

Wenn nicht offenbare anatomische Hindernisse die blutige Behandlung bedingen, so sollte man stets, bevor man sich zur Operation entschliesst, die einfache und ungefährliche Fibrininjektion versuchen, die in vielen Fällen zur Heilung führt.

E. Mayer-Berlin: Krankheitsdauer und hepatische Insuffizienz bei Leberzirrhose und akuter Atrophie.

Die Verlaufszeiten von akuten Leberatrophien und Zirrhosen können weder auf Grund des makroskopischen und mikroskopischen Obduktionsbefundes noch aus dem zeitlichen Auftreten der charakteristischen Symptome geschätzt werden. Dem Ausfall der lebenswichtigen Leberfunktionen entspricht nicht immer eine morphologisch fassbare Veränderung der Leberzellen. Daher ist die tödliche hepatische Insuffizienz keineswegs an das anatomische Bild der „akuten gelben Leberatrophie“ gebunden.

M. Schneider-Zittau: Zur Behandlung des septischen Abortes.

Trypaflavin intravenös (täglich 10—40 ccm, 1—2 proz.) leistet bei leichten und mittelschweren septischen Zuständen unter Umständen ausgezeichnete Dienste.

Gottschalk-Mayen: Beitrag der Beziehungen des Arsens zur Leber und zur Syphilisbehandlung mit Salvarsan.

E. Jentz-Hamburg: Ueber Gripkalen.

Gute Erfahrungen mit dem Kalleischen Impfstoff.
R. Steich und J. Pietsch-Pokau: Ueber eine für den praktischen Arzt verwendbare Anreicherungs-methode der Kochschen Bazillen im Sputum.

Fast gleichwertig der Antiforminmethode ist das Korbsche Verfahren.
E. Runge-Berlin: Praktische Fragen der Geburtshilfe. S.

Schweizerische medizinische Wochenschrift. 1922. Nr. 36.

P. Jung-St. Gallen: Zur Frage einer Aenderung der gesetzlichen Bestimmungen über therapeutischen Abort und Sterilisation.

M. Muret-Lausanne: De l'avortement médical au point de vue juridique.

Zwei Referate der schweizerischen gynäkologischen Gesellschaft erstattet, die zu gleichlautenden Schlüssen und Forderungen kommen. Unter diesen sei hervorgehoben, dass die soziale oder eugenetische Indikation strikte abgelehnt wird und dass die Verfasser eine Bestimmung im Gesetz für dringend nötig halten, wonach kein Arzt seitens seiner Behörde zur Vornahme von therapeutischem Abort oder Sterilisation gezwungen werden darf! P. Jung begründet dies damit, dass es bei den heutigen politischen Verhältnissen gar nicht ausgeschlossen sei, dass ein Richterkollegium oder eine Behörde eine Mehrheit hat, die eine Indikationsstellung zulässt, die der zuständigen Krankenhausarzt ablehnt.

H. R. Schinz-Zürich: Ein Beitrag zur Röntgenkastration beim Mann.

Erfolgreiche Kastration bei einem 34 jähr. Mann. 5 Bestrahlungen, deren Dosierung genau angegeben und diskutiert wird, erst 3 Wochen nach der letzten Bestrahlung dauernde Azoospermie.

M. Hausmann und S. Getzowa: Ein Paraganglion des Zuckerkandischen Organs mit gleichzeitiger Herz- und Nierenhypertrophie.

Schluss folgt.
O. Voegeli-Basel: Amtliche Kontrolle der Fieberthermometer. Hinweis auf die Unzuverlässigkeit der Fieberthermometer, auch solcher mit Fabrikchein. Forderung einer amtlichen Kontrolle über Fabrikation und Handel.
L. Jacob-Bremen.

Vereins- und Kongressberichte.

Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden.

Vereinsamtliche Niederschrift.

Sitzung vom 24. April 1922.

Vorsitzender: Herr Mann.

Schriftführer: Herr Grunert und Herr Wemmers.

Vor der Tagesordnung.

Herr W. L. Meyer: Demonstration eines Falles von retrobulbärem Sehnerventumor. Kroenleinsche Operation.

Bei dem jetzt 6 jähr. Mädchen soll vor 3 Jahren angeblich nach Sturz vom Stuhle ein Hervortreten des rechten Auges bemerkt worden sein. Im September 1919 bestand schon Exophthalmus, am Optikus soll damals noch nichts nachzuweisen gewesen sein. Bei der ersten Untersuchung durch Vorr. im Februar 1921 fand sich starker rechtseitiger Exophthalmus mit starker Ablenkung nach aussen, Beweglichkeitsbeschränkung besonders nach innen und unten bei starker Neigung zur Luxation vor die Lider. Das Auge war vollständig erblindet; Optikusatrophie mit leichten neuritischen Resten. Die Röntgenaufnahme (San-Rat Hartung), die schon 1919 leichte Erweiterung der Orbitalhöhle ergeben hatte, ergab jetzt deutliche Erweiterung der Orbita, besonders nach unten, am Schädeldach erweiterte Impressiones digitatae, aber sonst fanden sich keine Zeichen von Hirndruck. Die vorgeschlagene Operation nach Kroenlein wurde vom Vater abgelehnt und das Kind erst Ende Januar 1922 wiedergebracht, nachdem in letzter Zeit das Auge sehr häufig vor die Lider luxiert war. Der Exophthalmus hatte sehr stark zugenommen, ein Tumor liess sich aber auch jetzt nicht abtasten. Nach der Röntgenaufnahme, die wieder eine Erweiterung der Orbita und eine Erweiterung der Sella und Zuspitzung, also Deformierung der Process. clinoid. post. bei vertieften Joga cerebrale und verstärkten Impressiones digitatae ergab, vermutete Dr. Hartung gesteigerten Hirndruck, wofür sonst kein Anhalt war und äusserte den Verdacht auf Tumor in der Selleggend.

Nachdem eine noch eingeleitete Inunktionskur nicht den geringsten Rückgang des Exophthalmus gebracht hatte, wurde am 28. III. 1922 die Freilegung der Orbita durch temporäre Resektion der äusseren Orbitalwand nach Kroenlein vorgenommen. Nunmehr liess sich mit dem Finger hinter dem Bulbus ein fast hühnereigrosser, derber Tumor abtasten, der die Spitze der Orbita vollständig ausfüllte, vom Bulbus aber deutlich abgesetzt war. Nach Durchtrennung des Optikus hinter dem Bulbus gelang es mit grosser Mühe, den Tumor, der an der Spitze der Orbita mit dem Periost verwachsen zu sein schien, zuerst stumpf, zuletzt mit der gebogenen Schere auszulösen und am Foramen opticum abzutragen. Es handelte sich um einen spindelförmigen Sehnerventumor von ca. 4 cm Länge und ca. 3,5 cm Dicke.

Der durch die Methode geschaffene Zugang zur Orbita war doch gross genug, um auch diesen beträchtlichen Tumor in toto auszuschälen und herauszubringen, allerdings konnten hier die Muskulatur und die Nerven nicht geschont werden, so das mit einem fast vollständigen Verlust der Beweglichkeit und mit einer zunächst vollständigen Ptosis zu rechnen ist.

Tagesordnung.

Herr Hans Haenel: Darf der Arzt töten?

Verf. geht aus von den Ausnahmen, die der Grundsatz von der absoluten Unverletzlichkeit des menschlichen Lebens heute schon erfahren hat: Die Tötung des Kindes in oder vor der Geburt aus Rücksicht auf das Leben der Mutter, umgekehrt auch die Preisgabe des mütterlichen Lebens zugunsten des Kindes (Kaiserschnitt an der Sterbenden). Hierher gehört weiter die Straflosigkeit des Selbstmordes bzw. Selbstmordversuches, und die heute noch völlig in das freie Ermessen des Arztes gestellten, gesetzlich nirgends normierten Massnahmen zur Euthanasie. Rein juristisch betrachtet begibt jeder Arzt, der einem unheilbar Kranken oder Sterbenden zum Tode statt zum Leben hilft, einen Mord; er tötet vorsätzlich und mit Ueberlegung einen Menschen. Auch das Verlangen oder die Einwilligung des Kranken kann ihn

von der juristischen Verantwortung nicht befreien, denn nach § 216 RSGB. ist auch die Tötung des Einwilligenden strafbar. Da das Gesetz aber auch die Tötung in Notwehr und im Kriege straffrei lässt, ist eine Diskussion darüber wohl erlaubt, ob die Grenzen für eine unverbotene Tötung nicht noch weiter gezogen werden können.

Wir kennen viele Fälle mangelnden oder verloren gegangenen Lebenswillens und kennen lebensunwerte Existenzen, bei denen der Grundsatz von der Unantastbarkeit des Lebens zum Uebel wird und seine Beendigung als ein Gewinn erscheint. Ist ein unheilbar Kranker — wozu natürlich die suizidalen heilbaren Melancholiker nicht gehören — durch äussere Umstände an der Ausführung eines überlegten Selbstmordes verhindert, so ist kein moralischer Grund zu finden, weshalb auf sein Verlangen seine Tötung durch den Arzt unter bestimmten, noch zu erörternden Sicherungen nicht freigegeben werden sollte. Eine andere Gruppe Kranker gibt es aber, die weder den Willen zum Leben noch zum Sterben haben, bei denen also durch eine Tötung ein Lebenswille nicht gebrochen wird.

Das Ungeborene oder Neugeborene genießt Gesetzesschutz, weil bis zum Beweise des Gegenteils sein Lebenswille eines Tages in Erscheinung treten wird. Bleibt dieses Ereignis, das Erwachen zum Vernunftwesen, aus, so sehen wir uns den unheilbar Blödsinnigen gegenüber, zweck- und wertlosen Existenzen, die für Angehörige, Umgebung und Gesellschaft nur eine kostspielige Last sind. Sie können zwar Gegenstand der Mutterliebe sein, auch Kindes- und Gattenliebe kann an den im späteren Alter Verblödeten lebendig bleiben und ihnen damit einen indirekten, mehr passiven Wert verleihen; ebenso oft und öfter aber wird die Last überwiegen, besonders in Anbetracht der Tatsache, dass solche Idioten unter sorgsamer Pflege 60—70 Jahre und älter werden können. Hoche schätzt die Zahl allein der idiotischen Anstaltsinsassen in Deutschland 1920 auf 20—30 000, die bei einem jährlichen Kopfaufwand von mindestens 7000 M. alljährlich ca. 150—200 Millionen Mark beanspruchen. Für jeden dieser Idioten weniger könnte ein tuberkulosegefährdetes Kind mehr vor Krankheit bewahrt oder geheilt werden! Wo Mitleid nicht am Platze ist, weil der Blödsinnige unter seinem Zustande ja nicht leidet, wenn auch das Moment der Pietät und der gefühlsmässigen Verpflichtung fortfällt, so ist nicht ersichtlich, welches religiöse oder Moralgesetz die Erhaltung des Körpers solcher geistig Toter befehlen sollte.

Die Einwände gegen die Freigabe der Vernichtung wertlosen Lebens: Sittlich-religiöser Art, doch kann die höhere Sittlichkeit in der Vernichtung statt der Erhaltung liegen. Der Einwand des möglichen Irrtums über Diagnose und Prognose: nur unzweifelhafte Fälle der Unheilbarkeit kommen in Betracht, und solche gibt es auch bei vorsichtigster Auswahl genug. Mit der Möglichkeit etwaiger zukünftiger Heilmittel kann man einen heute qualvoll Leidenden nicht trösten. Der Einwand des Missbrauchs durch interessierte Dritte oder durch unedle und materielle Motive: ihm ist durch die Form der Freigabe zu begegnen, indem die Entscheidung einer unparteiischen kollegialen Instanz mit beherrschenden Befugnissen vorbehalten wird. Der Einwand der Seltenheit der in Betracht kommenden Fälle: diese ist auch für andere Verhältnisse (Menschenraub, Hochverrat durch Königsmord u. a.) kein Grund gewesen gegen ihre gesetzliche Regelung. Der Einwand, dass dem Arzte ja auch heute schon genug Mittel zur Euthanasie im engeren — vielleicht auch weiteren Sinne zur Verfügung stehen: ihre Anwendung geschieht aber in jedem Falle auf seine persönliche Verantwortung und Gefahr und kann ihn bei Unverstand oder Böswilligkeit Dritter unter Umständen schweren Nachteilen aussetzen. Gegen willkürliche Anwendung der Freigabe würde die vorgeschlagene Form (Binding und Hoche) schützen, die die Entscheidung einem Kollegium vorbehält, das, aus einem Allgemeinmediziner, einem Psychiater und einem Juristen unter Vorsitz eines Laien bestehend, auf Antrag entscheidet und die Ausführung dem behandelnden Arzte unter der Bedingung eines schmerz- und quallosen Vorgehens überlässt. Ein solches „Todesurteil“ würde dann ebenso rechtmässig sein wie eines, das ein Schwurgerichtshof über einen Verbrecher fällt; wer das letztere für zulässig und mit moralischen und sozialen Grundsätzen vereinbar hält, wird den Spruch einer solchen Freigabebehörde nicht für eine rechtliche Unmöglichkeit erklären können.

In Anbetracht der bevorstehenden Strafrechtsreform ist es angebracht und zeitgemäss, dass die Aerzte zu dieser Frage Stellung nehmen.

Aussprache: Herr Seidel: Die sehr interessanten „Ausführungen des Herrn Vortragenden muss ich in einem Punkte richtigstellen. Wenn ich ihn richtig verstanden habe, hat er gesagt, dass es im Kriege wohl oft vorgekommen sei, dass einem Schwerverwundeten von dem mitfühlenden Arzte eine Morphiumspritze verabreicht wurde, um ihn vor einem hoffnungslosen Dasein zu bewahren. Wenn solche Fälle, m. D. u. H., wirklich vorgekommen sind, so sind sie hoffentlich ganz vereinzelt geblieben. Der Arzt, der so verfahren wäre, hätte unter allen Umständen widerrechtlich gehandelt. Wir dürfen wohl einem Sterbenden seine letzten Stunden durch ein wohlthätige Morphiumspritze erleichtern, aber wir dürfen uns durch unser Mitleid nicht so weit fortreisen lassen, dass wir Schwerverwundeten, die einem hoffnungslosen Dasein entgegengehen, aber doch immerhin am Leben bleiben würden, dieses Leben kürzen. Bei den ungeheuren Konsequenzen, die ein derartiges Vorgehen überhaupt und erst recht unter den schwierigen Verhältnissen des Krieges zeitigen würde, muss einem derartigen Gedanken deutlich und klar entgegengetreten werden.

Was nun den Vorschlag des Herrn Haenel betrifft, die Frage, ob der Arzt töten darf, in unserer Gesellschaft zu diskutieren und einen Beschluss für oder wider zu fassen, so glaube ich, dass wir nicht das richtige Forum für die Behandlung dieser Frage sein werden. Wenn wir sie erschöpfen wollen, werden wir in mehreren Sitzungen nicht fertig werden und auch dann wird sich wegen der vielen zu beachtenden Rechtsfragen ein bestimmter Beschluss nicht fassen lassen. Ich glaube, man wird von einer derartigen Behandlung der Frage absehen müssen.

Herr Kunz-Krause: Das von dem Vortragenden angeschnittene Problem ist eines der schwierigsten und kann m. E. vor einem rein medizinischen Forum nicht entschieden werden. Die Frage greift hinüber auf das Gebiet der monistischen Weltanschauung und ist 1913 von Hermann Bahr und kürzlich von Ostwald erörtert worden, sie wird aber nicht so rasch spruchreif sein.

Herr Hans Haenel: Ich habe nicht beabsichtigt, dass die Frage in der heutigen Sitzung zur Entscheidung gebracht würde. Wegen ihrer Wichtigkeit und Schwierigkeit, vor allem auch im Hinblick auf die Reform des Strafgesetzbuches, wollte ich anregen, dass wir in einer Kommission dem Problem näherzukommen suchen. Ich stelle den Antrag, dass der Vorstand durch einen

zu wählenden Ausschuss eine Meinungsäusserung zu dieser Frage herbeiführen möchte.

Der Antrag wird genügend unterstützt.

Herr Faust: Ich meine, dass wir den Antrag annehmen sollten. Der gegebene Ausschuss ist der Gesundheitsausschuss der Gesellschaft. Die Frage ist in anderen Ländern schon praktisch entschieden, z. B. in Amerika, wo in einzelnen Staaten schon derartige Kommissionen im Amte sind.

Herr Grunert: Ich halte es für ausgeschlossen, dass ein Arzt im Felde einem Schwerverwundeten eine tödliche Dosis Morphium gegeben hätte mit der bewussten Absicht, ihn vor einem hoffnungslosen Siechtum zu bewahren.

Die Abstimmung ergibt Annahme des Antrages des Herrn H. Haenel, der Gesundheitsausschuss soll der Erörterung der Frage näherreten.

Herr Wilhelm Weber: **Krankhafte Sprache im neuesten deutschen Schrifttum.**

Der Vortrag ist in Nr. 24 S. 897 d. Wschr. veröffentlicht.

Aerztlicher Kreisverein Mainz.

Sitzung vom 12. September 1922.

Herr Dorn: Vorweisung einer durch **Kniegelenkplastik** geheilten Kranken, welche infolge von Rheumatismus an einer Versteifung gelitten.

Herr Winnen: Vorweisung eines operativ gewonnenen Präparates von **Ulcus pepticum jejuni**, das sich am Sporn zwischen zuführendem und abführendem Jejunalteil gegenüber der Gastroenteroanastomosenöffnung gebildet hatte. Der neue Magenmund war 1½ Jahre vorher wegen Ulcusbeschwerden angelegt worden.

Herr Gg. B. Gruber: **Zur Pathologie des Ulcus pepticum ventriculi und duodeni.**

6 Fragen werden erledigt, nachdem die Untersuchung an Hand von 3000 Leichen in 5 Jahren mancherlei Gesichtspunkte zur Beurteilung strittiger Punkte bot. 1. Häufigkeitsfrage: Ulcera peptica kommen öfter vor, als man gemeinhin glaubt. Namentlich gilt dies vom Geschwür des Zwölffingerdarms, wenn es auch etwas hinter dem des Magens zurücksteht. Die Ulcera sind oft bei ein und demselben Träger mehrfach. 30 Proz. der Magenculcera waren klinisch bekannt, 11 Proz. der Duodenalulcera ebenfalls. Im Mainzer Material überwiegen die Männer für Magen und Duodenum als Ulcusträger. Das Ulcus ist sicher nicht nur im 2. und 3. Lebensjahrzehnt vorhanden. Es nimmt an Zahl bis ins 7. und 8. Lebensjahrzehnt zu. Neben der Ulcera finden sich in jedem Lebensalter. 2. Oertlichkeitsfrage: Im Magen sitzt die Mehrzahl der Ulcera — die chronischen so gut wie ausschließlich an der kleinen Kurvatur und zwar grossenteils prästomisch und präpylorisch. Im Duodenum sitzen $\frac{4}{5}$ an der Rückwand des oberen horizontalen Teils, etwa $\frac{1}{10}$ sitzt an der Vorderwand, der Rest im absteigenden Teil rückwärts. 3. Heilungsfrage: Ein unerwartet grosser Teil der Ulcera — auch jener des Duodenums heilt spontan aus. Dabei entstehen im Duodenum leicht Divertikel knapp jenseits des Pylorus, worauf Hart besonders hinwies. Narbenstenosen gehören zu den Seltenheiten im Duodenum. 4. Komplikationsfrage: Katastrophale Blutungen sind selten. Etwas häufiger Perforationen; diese betreffen im Duodenum meist die nach vorne gelegenen Ulcera. Jedoch perforieren Geschwüre des Zwölffingerdarms nicht öfter als die des Magens. Krebsbildung nach Ulcus pepticum ist im Magen selten, im Duodenum äusserst rar. Pylorushypertrophie (Pylorospasmus) durch pylorusnahe Ulcera wird oft gefunden; sie kann Magenektasie hervorrufen und Duodenalstenose vortäuschen. 5. Entstehungsfrage: Das Ulcus pepticum ist eine lokale Krankheit, hervorgerufen durch Wirkung verdauenden Magensaftes unter bestimmten Vorbedingungen, deren Wesen eine Ernährungsstörung der Magenschleimhaut ist, sei sie hämodynamischer oder angioneurotischer Art, sei sie chemisch, physikalisch, toxisch oder infektiös hervorgerufen, sei sie die Reaktion eines besonders nervös ausgestatteten Menschen auf sonst unscheinbare nahe oder ferner gelegene Reize. 6. Frage des Fortbestandes: Die Chronizität des Ulcus ist lokalen Ursachen vor allem zu danken, nämlich der Sackung des Mageninhalts im Geschwürstrichter, bedingt durch die Eigenart der Mageninhaltsbewegung und der Schleimhautfixation an den von chronischen Geschwüren bevorzugten Orten, d. h. vor physiologischen Engen. Reflektorische Spasmen der Magen-Duodenalwand sind ursächlich beteiligt. Ebenso entzündliche Vorgänge im Geschwürsbereich mit ihren Folgen. Kallöse Ulcera sind im Duodenum äusserst selten. Die Prognose des Ulcus duodeni gleicht völlig der des Ulcus ventriculi.

Aussprache: Herr Hürter betont die unerlässliche Wichtigkeit der Röntgenuntersuchung zur peptischen Geschwürsdiagnostik. Gewissermassen als Leitsymptome des Ulcus duodeni sieht er den bohrenden Schmerz in der Magengrube an. Den Chirurgen soll man nicht ohne dringenden Grund beim Ulcus pepticum beiziehen; ein dringender Grund kann die Blutung sein. — Herr Winnen: Die Blutung stellt den Chirurgen oft vor eine höchst undankbare Aufgabe, wenn der Kranke schon sehr anämisch ist und sich das Ulcus nicht lokalisieren lässt. — Herr Sichert erwähnt einen entsprechenden Fall, in dem er trotz Besichtigung der aus dem Einschnitt vorgestülpten Mageninnenwand das Ulcus nicht finden konnte; selbst der Sekant hatte Mühe, es zu entdecken. — Herren Dorn, Frank, Gg. B. Gruber.

Aerztlicher Verein in Nürnberg.

(Offizielles Protokoll.)

Sitzung vom 21. September 1922.

Vorsitzender: Herr Witschel.

Herr Thorel: **Pathologisch-anatomische Demonstrationen gutartiger und bösartiger Neubildungen aus dem Bereich der Speiseröhre und des Kehlkopfes.**

Diskussion: Herr Fritz Bauer berichtet über die mit gutem Erfolg durchgeführte Entfernung eines grossen Speiseröhrenfibroms mittels Oesophagotomie bei dem kürzlich im Verein vorgestellten Kranken.

Herr Kaspar: **Erfolgreiche Masernprophylaxe mit Rekonvaleszenten-serum nach Piaundler-Degkwitz.**

In eingehenden Darlegungen zeigt der Vortragende, welche verheerende Wirkungen die beim Schulkind so harmlose Masernerkrankung im Kleinkindesalter ausübt, vor allem in Proletariereisen, in Krippenanstalten und