

vor zwei Jahren. Die einzelnen Gruppen der Stadtverordnetenversammlung haben die Angelegenheit erörtert, und es wurde der Versammlung ein dringlicher Antrag unterbreitet, in dem der Magistrat ersucht wird, die ärztliche Behandlung der Kriegsteilnehmerangehörigen auch nach dem 15. März d. J. sicherzustellen.

Inzwischen ist ein Ereignis eingetreten, das die Stimmung der Bevölkerung in weit höherem Grade beeinflusst und erregt, das ist das Auftreten der Pocken in Berlin. Die Mitteilungen, die darüber durch die Zeitungen in die Öffentlichkeit drangen, waren leider nicht bestimmt genug gehalten und haben daher ihren Zweck, beruhigend zu wirken, nicht ganz erfüllt. Es wurde das Auftreten einzelner Fälle mitgeteilt mit dem Hinzufügen, dass zur Besorgnis kein Grund vorliege. Zugleich wurde bekannt gegeben, dass sich in den städtischen Krankenhäusern Jedermann unentgeltlich impfen lassen könne, und empfohlen, von dieser Einrichtung Gebrauch zu machen. Das erregte Verdacht; man hatte mit der Wirkung solcher Empfehlung auf das Seelenleben der grossen Masse nicht gerechnet. Die Zahl der Fälle wurde nicht oder nur einmal angegeben; man vermutete daher, dass die Seuche sich ausgebreitet habe, dass die wirkliche Zahl absichtlich verschwiegen werde; eine Zahl, die an irgend einer Stelle genannt wurde, vergrösserte sich von Mund zu Mund nach dem Gesetz der arithmetischen Reihe, und die übertriebensten Gerüchte fanden Glauben. Es soll sich in Wirklichkeit um etwa 60 Fälle handeln, und schon spricht man von einigen Hundert. Wo ein Krankenwagen oder gar ein Wagen der Desinfektionsanstalt gesehen wird, denkt der eine an Pocken, der zweite erzählt „es soll“ und der dritte verbreitet es als Tatsache. So entstand z. B. in einer Gegend eine nicht geringe Erregung darüber, dass eine Schule geschlossen wurde, weil angeblich der Sohn des Pförtners an Pocken erkrankt sei; tatsächlich handelte es sich um Scharlach. Es macht sich, wie stets bei Seuchengefahr, die Massensuggestion geltend, und wo auch nur wenige Fälle einer Seuche festgestellt sind, herrscht zugleich eine weit verbreitete Epidemie von Ansteckungsfurcht. Die Angst der Bevölkerung ist aber, abgesehen von einigen besonders ängstlich veranlagten Gemütern, nicht sehr gross, ungeheuerlich aber der Andrang zur Impfung. Die Aerzte werden zunächst mit mündlichen und telephonischen Anfragen bestürmt, ob die Gefahr wirklich gross, ob die Impfung notwendig ist. Die beruhigende Antwort wirkt nicht ganz überzeugend, denn „man habe doch gehört, in dieser oder jener Strasse soll schon ein Fall vorgekommen sein, und besser sei besser“. Dem Wunsche, die Impfung auszuführen, kann man sich daher nicht entziehen, um so weniger als sie ein ungefährlicher Eingriff ist, sicheren Schutz gewährt und beruhigend wirkt. Aber nun kommt auch zugleich die Schwierigkeit, so viel Lymph ist nicht sofort zu haben, der Massennachfrage können weder die Apotheken noch die Impfanstalten, die die Lymph herstellen, genügen, und so kommt in dieses immerhin ernste Bild ein Zug, der der Komik nicht entbehrt. Man sieht an einer Apotheke ein Schild „Lymph ausverkauft“, wie einst bei der Butter. Man wendet sich an die Impfstalt zunächst durch den Fernsprecher und erhält vom Amt entweder die Antwort „besetzt“ oder „die Impfstalt meldet sich nicht“. Man geht persönlich hin und findet ein Schild „wegen Ueberfüllung bis 4 Uhr geschlossen“, wie bei der Butter. Allmählich aber gelangt die Lymph in die Hände der Aerzte, die Impfanstalten arbeiten mit Hochdruck, jeder Tag bringt den ohnehin stark beschäftigten Aerzten eine ungeheure Arbeitslast, aber vergrössert zugleich das beruhigende Bewusstsein der Patienten, nimmere gegen die Ansteckung sicher geschützt zu sein. Voraussichtlich wird schon nach einigen Tagen jeder, der den Wunsch dazu äussert, geimpft sein, und hoffentlich wird dann auch schon die kleine Epidemie erloschen sein.

M. K.

Vereins- und Kongressberichte.

Vereinigte ärztliche Gesellschaften zu Berlin.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 28. Februar 1917.

Tagesordnung.

Herr **C. Benda**: Demonstration des Sektionsbefundes bei einem Falle von Malaria.

Der zur Sektion kommende Fall war klinisch nicht als Malaria diagnostiziert. Milz und Leber waren vergrössert und stark melanotisch pigmentiert. Im Quetschpräparat des Gehirns sieht man eine Pigmentierung der Gehirnkapseln. Die Plasmodien sind fast strenge intrazelluläre Parasiten. Der Fall hat sein besonderes Interesse dadurch, dass es sich um die Sektion eines frischen Malariafalles handelt. Die Milz ist mit Plasmodien und Pigment angescoppt, zeigt aber keine indurativen Vorgänge. Das Lumen der Gehirnkapseln wird von pigmenthaltigen Endothelzellen geradezu vollgestopft. In der Medulla oblongata findet man, wie Celen beim Fleckfieber, in der Olive kleine Entzündungsherde, die mit dem Herz- tot in Verbindung stehen können.

Herr **Plehn**: Ueber Malaria.

Vortr. weist darauf hin, dass trotz aller Forschung die Malaria-probleme noch nicht gelöst worden sind. Die Malaria hat gegenwärtig ein grosses praktisches Interesse, das sich noch dauernd vermehren wird. Von Galizien bis Kurland finden sich zahlreiche

Malariaherde. Im Frühjahr findet man immer die grossen Malariaformen, später die kleinen (Tropikaformen). Die Malaria herrscht in Griechenland, Syrien, Kleinasien etc. Da Infektionen nach langer Latenz — oft nach körperlichen Schädigungen — in Erscheinung treten können, kann jederzeit bei Soldaten nach der Rückkehr Malaria auftreten. Oft schliesst sich das Auftreten der Malaria an akute Krankheiten, Operationen, Entbindungen an. Chinin soll nicht vor Sicherung der Diagnose gegeben werden. Die Malariaformen variieren sehr stark in den verschiedenen Organen, man findet z. B. stets andere Formen im Gehirn als im Blut. Die Form des Parasiten ist für die klinische Form nicht entscheidend, wenn auch die schweren Erscheinungen meist durch die kleinen Parasitenformen gesetzt werden, kommt auch das Umgekehrte häufig vor, ebenso leichte klinische Erscheinungen bei schwerer (d. h. sehr starker) Tropikainfektion. Bei Negern häufig, sonst sehr selten, kann die Anwesenheit der Malariaparasiten ein belangloser Nebenfund sein. Die Chininausscheidung durch den Harn erreicht nach 12 Stunden ihren Höhepunkt, es ist also nicht von besonderem Interesse, in welchem Entwicklungsstadium der Parasiten das Chinin gegeben wird. Mit Rücksicht auf das subjektive Befinden empfiehlt es sich, das Chinin erst nach Abklingen des Höhepunktes des Anfalles zu geben. Die Darreichung von Chininlösungen bezeichnet er als einen Rückschritt. Bei parenteraler Injektion kommt man mit geringeren Chininmengen aus (intramuskulär in die Glutäen unter sorgsamer Vermeidung der Ischiadikusnäre oder intravenös), da die Leber einen Teil des Chinin zerstört. Nach Giemsa wird das Chinin sofort aus dem Blut in die Organe transportiert. Salvarsan ist den kleinen Formen gegenüber unwirksam, kommt aber vielleicht den seltenen chininresistenten Malariainfektionen gegenüber in Betracht.

Malariakranke sind nach den Anfällen als dienstfähig anzusehen.

Zur Prophylaxe empfiehlt sich 5 tägig $\frac{1}{2}$ g Chinin nehmen zu lassen (für 6 Monate), ev. kann man an 2 Tagen hintereinander $\frac{1}{2}$ g geben.

Diskussion: Herr Schrupf spricht über Strassburger Malariafälle. W.-E.

Kriegsärztlicher Abend zu Berlin.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 27. Februar 1917.

Tagesordnung.

Geh. Ober-Med.-Rat Dr. **Krohne**, vortr. Rat im Ministerium des Innern: Empfängnisverhütung und Schwangerschaftsunterbrechung vom bevölkerungspolitischen und ärztlichen Standpunkt.

Der bekannte Geburtenrückgang setzte schon längere Zeit vor dem Kriege ein und wird in seiner Wirkung verstärkt durch die Verluste von Hunderttausenden von Männern, die im besten zeugungsfähigen Alter standen. Einige statistische Daten gestatten ein Urteil über die obwaltenden Verhältnisse. 1876 betrug die Geburtenzahl 40 Prom., 1900 noch 36 Prom., seitdem setzt der vielerörterte Geburtenrückgang ein, so dass 1914 vor dem Kriege nur noch eine Zahl von 27 Prom. zu errechnen ist. Dies gibt ein Minus an Geburten von 560 000. Die Wirkung des Rückganges der Geburtenzahl wurde im Frieden ausgeglichen durch einen fortdauernden Rückgang der Sterblichkeit, die von 27 Prom. auf 14—15 Prom. zurückging. Dieser Sterblichkeitsrückgang hat aber eine Grenze, und es liegt das theoretisch überhaupt denkbare Sterblichkeitsminimum bei 10 Prom. Es ist seit 1900 die Sterblichkeit um 4,4 Prom., die Geburtenzahl um 7,7 Prom. zurückgegangen. Schon diese Ziffer gibt natürlich zu Bedenken Anlass und es ist diesmal weiter als völlig ausgeschlossen zu betrachten, dass ebenso, wie nach 1871 und nach vielen sonstigen Kriegen die Geburtenziffer stark in die Höhe steigen wird. 1870 betrug unsere Verluste 40 000 Mann, die Franzosen beziffern diesmal ihre Verluste schon jetzt auf 1 Million Mann, und wenn er zur Mitteilung von Zahlen sich nicht für befugt erachten könne, so sei in diesem Zusammenhange doch zu sagen, dass bei unseren ausgedehnten Fronten unsere Verluste vielleicht nicht als viel geringer angesehen werden könnten.

Die gewollte Beschränkung der Kinderzahl bedient sich als wichtigster Mittel der empfängnisverhütenden, ferner der Abtreibung der Leibesfrucht. Den Vertriebe empfängnisverhütender Mittel, wie er in Deutschland gehandhabt wird, bezeichnet er als einen öffentlichen Skandal und gibt der Ansicht Ausdruck, dass Periculum in mora wäre. Um bei den zu treffenden Massnahmen keine Beunruhigung zu verbreiten, spricht er aus: „Es kann in keiner Weise in Frage kommen, in das pflichtgemässe Ermessen des Arztes hier einzugreifen“, jedoch hat der Arzt unter allen Umständen die Gefälligkeitsverordnung schwangerschaftsverhütender Mittel zu vermeiden. Besonders dann, wenn dabei die Einlegung von Instrumenten, wie Sterilets etc. in Frage kommt. Die Rheinisch-Westfälische Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie hat sich sehr eingehend mit diesen Dingen beschäftigt und hat bei dieser Gelegenheit festgestellt, dass durch die Einlegung der Sterilets vielfach schwere Schädigungen und eine Reihe von Todesfällen veranlasst worden sind.

Die künstliche Sterilisierung der Frauen hat in geradezu bedenklichem Masse um sich gegriffen. Vortr. gibt darüber detaillierte

Angaben. Er widerspricht dabei der von v. Franqué geäußerten Anschauung, dass die Sterilisierung den Juristen und ebenso den Staat nichts angehe, mit der Begründung, dass dem Menschen die freie Verfügung über seinen Körper zustehe. Der Vortr. bezeichnet dies als eine Anschauung, die aufs schärfste bekämpft werden muss. Der Staat hat nicht nur das Recht, sondern die Pflicht, hier einzugreifen, weil es sich um das Staatswohl, um die Existenz des Staates handelt. Unter dem Staate darf man sich hier nicht eine Anzahl von Beamten vorstellen, die den Staat — zugegebenerweise oft falsch — regiert, sondern der Staat ist das Volksganze. Das Bedauerliche ist, dass eine grosse Zahl von Frauen jetzt direkt Scheu vor dem Kinde hat, wie er glaubt, hervorgerufen durch degenerative Momente, die in letzter Zeit in unseren ethisch-sexuellen Anschauungen eingerissen sind. Die Schwangerschaftsunterbrechung ist nach Ansicht des Vortragenden nur bei ganz besonderen Gesundheitsverhältnissen zulässig, und diese Anschauung hat, ob man sie in der ausgesprochenen Schärfe teilt oder nicht, ein Recht auf besondere Beachtung, weil sie ganz offenbar die Anschauung des preussischen Ministeriums des Innern widerspiegelt, da der Vortr. der dort in Betracht kommende Referent für diese Frage ist. Er schätzt die Zahl der jährlich in Deutschland vorgenommenen Aborte auf Grund seines Materials auf jährlich eine halbe Million und er betont ausdrücklich, dass er sich besonders auf Krankenkassenmaterial stützt. Soweit dabei ärztliche Indikationen in Frage kommen, hebt er hervor, dass Fritsch in seinem ganzen Leben 9 mal, Ahlfeld nur zweimal, die Wiener Klinik unter 100 000 Geburten nur zweimal die Indikation zur Einleitung des künstlichen Aborts für gegeben erachtet habe.

Der Vortr. hebt hervor, dass das Gesetz den künstlichen Abort glatt verbietet und selbst bei bestehendem Notstand die Abtreibung nur beim Täter und dessen Angehörigen strafrei lässt. Also gibt es für den Arzt keine Vorschrift im Gesetz, welche die Abtreibung als straflos für den Arzt zulässt. Vortr. hebt ausdrücklich hervor, dass der bekannte Strafrechtslehrer, Prof. Kahl, diese seine Anschauung in jedem Punkte teilt. Ein Eingreifen des Staates gegen die Aerzte ist solange bisher nicht eingetreten, als der Staat die Gewissheit haben konnte, dass bei Ausführung des Eingriffes tatsächlich ein Notstand bestand und die Aerzte sich in berechtigter Berufsausübung befanden. Es hat also hier, wie es der Vortr. ausdrückt, ein stillschweigendes richterliches Ermessen vorgelegen. Als Notstand erklärt er: schwere unvermeidliche Lebens- oder Gesundheitsgefahr, die durch kein anderes Mittel beseitigt werden kann, wo also alle anderen Mittel erschöpft sind. Dazu kommt noch, dass es sich nach dem Gesetz um eine gegenwärtige, nicht mit mehr oder weniger Wahrscheinlichkeit künftig in Erscheinung tretende Gefahr handeln muss. Vortr. schlägt vor Einleitung eines Abortes in üblicher Weise ein Konsilium vor und zwar nicht mit einem beliebigen, sondern mit einem dazu vorher bestimmten Arzte. Den hierzu von anderer Seite vorgeschlagenen Kreisarzt lehnt er ab mit der zutreffenden Begründung, dass diesem eine besondere Erfahrung in der Beurteilung der in Betracht kommenden Verhältnisse nicht zuzuerkennen sei. Mit der Begründung, dass ein Arzt, der ein Lump ist, leicht einen zweiten Lumpen fände, der ihn in der Erreichung seiner Bestrebungen unterstützt, schlägt er zur Konsultation als besonders vertrauenswürdige Aerzte, Mitglieder der Aerztekammer oder Leiter eines Krankenhauses vor.

Die soziale Indikation zur Einleitung des künstlichen Abortes, die in letzter Zeit mehr Anhänger gefunden hat, lehnt er vollkommen ab. Er bezeichnet sie als eine der schlimmsten Verirrungen, die geeignet ist, das heilige Amt des Arztes auf das Niveau des gewerbmässigen Abtreibers herabzusetzen.

W.

Aus den Wiener medizinischen Gesellschaften.

(Eigener Bericht.)

K. k. Gesellschaft der Aerzte.

Sitzung vom 9. Februar 1917.

Df. Siegr. Weiss stellt zwei Fälle der **dystrophischen Form der Epidermolysis bullosa hereditaria** vor, Geschwister, einen Knaben von 15, ein Mädchen von 14 Jahren. Schon in der ersten Kindheit sollen zahlreiche Blasen, und zwar zuerst an den Nagelgliedern der Hände und Füße aufgetreten sein. Am Stamme und an den Extremitäten sieht man nebst zerstreut stehenden Erythemstellen ganz vereinzelt Blasen von Linsen- bis Walnussgrösse mit zitronengelbem, mitunter blutig-serösem Inhalte; an anderen Stellen (Ohr, Ellbogen und Kniekehlen) dicht gestellte Milien bzw. linsengrosse Epidermiszysten; in Hohlhand und Fusssohle erbsengrosse, verdickte Stellen, dabei intensive Hyperidrosis plantaris und palmaris. Ueber den ganzen Körper zerstreut verschieden grosse Auflagerungen von Krusten und Borken, am Stamme neben stärker pigmentierten Flecken auch pigmentarme Zonen; in der Mundschleimhaut neben frischen, erbsengrossen Blasen auch schmierig-fibrinös belegte Partien bzw. Leukoplakien. Die Haut an den Streckseiten sämtlicher Extremitäten stark verdünnt, faltig und livid verfärbt, im Handteller hat die Atrophie der Haut bereits zu Narbenkontrakturen an den Fingern geführt. Sämtliche Fingernägel fehlen, der Haarwuchs am Kopfe ist stellenweise spärlich oder er fehlt ganz (Alopezie). Eine scharfe Trennung zwischen der einfachen

und der dystrophischen Form der Epidermolysis bullosa hereditaria ist nicht einzuhalten; nicht bloss Kinder germanischer Herkunft, auch solche südslavischer Abstammung, wie es die zwei vorgestellten sind, können von der Krankheit befallen werden.

Prof. v. **Eiselsberg** stellt einen Offizier vor, der trotz des **Verlustes des Schenkelkopfes durch eine Schussverletzung** auffallend gut gehen und reiten kann und vollkommen diensttauglich ist. 3 Monate nach der Verletzung musste der vollkommen nekrotische Oberschenkelkopf entfernt werden. Anfangs bediente sich der Mann eines Stützapparates, bald aber nur zweier Stöcke, ein Jahr darnach marschierte er ohne Stock und konnte auch tanzen und springen. Vom Trochanter minor aus geht, wie das Röntgenbild zeigt, ein kleiner Zapfen wie eine Exostose aus, die in der Pfanne ihren Stützpunkt zu haben scheint und artikuliert. Dieser Umstand sowie der Wille und die Energie des Mannes führten zum besagten ausnahmsweis günstigen funktionellen Resultate.

Prof. **O. v. Frisch** demonstriert mehrere Patienten aus dem Rudolfinerhause, bei welchen er mittelgrosse **Schädeldefekte nach Schussverletzungen durch freie Autoplastik** aus der Tibia gedeckt hat. In technischer Hinsicht führt der Vortr. aus, dass es nicht notwendig sei, das zu transplantierende Knochenstück, mit Kreissäge und Meissel der Tibia entnommen, dem Defekt entsprechend peinlich exakt zu formen und wie ein Uhrglas einzufallen, dass es aber wichtig sei, den Knochenrand anzufrischen und die einzulegende Scheibe ringsum mit einem Ring von Periost auszustatten, durch dessen feste Vernähung mit dem Periost des Schädeldaches der transplantierte Knochen im Defekt fest eingefügt bleibt. Dann kommt es stets ohne Störung zur Verheilung.

Prof. **Ranzi** spricht über seine Erfahrungen an der Klinik v. Eiselsberg bei Deckung kleiner oder grösserer Schädeldefekte nach Schussverletzungen.

Prof. **Alfred Exner** zeigt einen Mann mit **künstlich erzeugten, ausgebreiteten Hautnekrosen am Fussrücken**, welche Affektion durch Einführen von Stückchen von Schneerosenwurzeln („Schwarzwurzel“) unter die Haut und 10—24 stündiger Belassung daselbst hervorgerufen wird.

Max Sgalitzer stellt einen Mann mit **Luxation und Fraktur der oberen Halswirbelsäule** vor. Der Soldat wurde in Südtirol von einer Lawine verschüttet, sodann einige Stunden später ausgeschauelt; er fühlte sofort einen Schmerz im Nacken und konnte den Kopf nicht bewegen. Arme und Beine waren und blieben frei beweglich. An der I. chirurgischen Klinik in Wien konstatierte man eine leichte Anschwellung im Nacken, welche, wie das Röntgenbild lehrte, auf eine totale Luxation des zweiten Halswirbels nach vorne, fast um die ganze Tiefe eines Halswirbelkörpers, zurückzuführen ist. Dass hier trotz der so hochgradigen Verschiebung im Bereiche der Halswirbelsäule keine Zerquetschung des Zervikalkanals eintrat, ist darauf zurückzuführen, dass gleichzeitig eine Fraktur des Bogens des zweiten Halswirbels mit Verlagerung desselben nach hinten stattfand. Das wird vom Vortr. begründet und durch Demonstration anderer Röntgenbilder und schematischer Skizzen erläutert.

Prof. **Kretz** hält dafür, dass im vorgestellten Falle keine Luxation, sondern eine **Stauchungsfraktur** des 3. Halswirbels vorliege, eine seltene Form von Wirbelverletzung, bei welcher bei Zusammendrückung der Wirbelsäule in der Längsrichtung der gegen den Wirbelkörper abgebogene und fixierte Dornfortsatz, in den Verbindungsstücken sich streckend, einknickt; dadurch werde der Wirbelkanal nur ganz wenig verkürzt, gar nicht verengt und kein Druck auf das Rückenmark erzeugt.

Diskussion zum Vortrage des Privatdozenten Dr. **Max Herz: Ueber Klangschrift und andere Neuheiten**. Dr. Ph. Silberstein und Dr. Herz (Schlusswort).

Priv.-Doz. **Hans Finsterer: Die operative Behandlung der habituellen Schulterluxation**.

Nach kritischer Besprechung der von anderen Chirurgen vorgeschlagenen und ausgeführten Verfahren sagt der Vortr., dass er, um Rezidive zu vermeiden, eine neue Methode angewendet habe, die sich prinzipiell von den bisherigen Methoden unterscheidet. Er beschreibt sie mit folgenden Worten: Operation in Lokalanästhesie. Längsschnitt an der Vorderseite des Gelenkes durch den Deltoideus, Einkerbten der Pektoralissehne, Bildung eines zwei Finger breiten Sehnenmuskellappens aus dem kurzen Bizeps und Korakobrachialis; dann Freilegung des hinteren Deltoideusrandes, Vorziehen des Muskels, Darstellung des langen Trizepskopfes, Durchziehen des Lappens durch die hintere Achsellücke. Fixation am Trizepskopf, Hautnaht hinten; dann vorne Naht der Pektoralissehne und des Deltoideus, Hautnaht; Fixation des Armes durch 3 Wochen, dann Mechanotherapie. Nach dieser Methode wurden bisher vom Vortr. 7 Fälle operiert, über deren Krankengeschichten kurz referiert wird. Von Dauererfolgen könne er noch nicht sprechen, da die Beobachtungszeit noch zu kurz sei, doch erwarte er solche, weil auch Leichenversuche gezeigt haben, dass nach vollständiger Durchschneidung der Kapsel der gebildete Sehnenmuskellappen allein genüge, um das Austreten des Kopfes aus der Gelenkpfanne zu verhindern. In zwei operierten Fällen war der Lappen zu fest fixiert, so dass extreme Schulterbewegungen sogar dauernd eingeschränkt werden.

Diskussion: Prof. Clairmont und Dozent Finsterer.