

Plasmas, welche für die Ladungsänderung verantwortlich gemacht werden könnten. Für besonders wahrscheinlich hält er erstens die Bildung von Stoffen während der Schwangerschaft, welche an der Oberfläche der Blutkörperchen adsorbiert werden und dabei die Ladung ändern und zweitens den Einfluss der in der Schwangerschaftsazidose gebildeten Säuren.

Diskussion: Herren Anschütz, Höber, Stöckel, Meyerhof.

Herr Klingmüller: Ueber Behandlung von Entzündungen und Eiterungen durch Terpentineinspritzungen.

(Siehe unter den Originalien dieser Nummer.)

Diskussion: Herren Anschütz, Fleischhauer, Stöckel, Klingmüller, Göbbel, Kappis.

Herr Höber berichtet über einige neuere hormonphysiologische Experimentaluntersuchungen.

Medizinische Gesellschaft zu Magdeburg.

(Offizielles Protokoll.)

Sitzung vom 14. März 1918.

Herr Aronson: Demonstration eines Leprafalles.

Herr Ziegler: Statistische Mitteilungen über 3000 behandelte Diphtheriefälle in der Krankenanstalt Sudenburg.

Beteiligung der verschiedenen Lebensalter: 42,2 Proz. im vorschulpflichtigen Kindesalter, 29,5 Proz. im schulpflichtigen Alter, 19,3 Proz. im Dezzennium 15. bis 25. Lebensjahr, 7,6 Proz. in den späteren Jahren. Gesamt mortalität 9,3 Proz.; 22,8 Proz. in den beiden ersten Jahren, am geringsten 1 Proz. in den Jahren 24 bis 34. Hauptzahl der Todesfälle am Tag der Einlieferung, vor Einwirkung der Seruminjektion, 40 Proz.; in den ersten 3 Tagen zusammen 56,9 Proz. Tafel, die zeigt, wie die Prognose ungünstiger wird, je später Heilserumbehandlung eingeleitet wird: Mortalität der am 1. Krankheitstag Aufgenommenen 4,3 Proz., der am 8. Tag Aufgenommenen 32 Proz.

224 oder 7,5 Proz. Tracheotomien, hauptsächlich Kinder im vorschulpflichtigen Alter. 45 Proz. Mortalität; das 1. Jahr mit 58,8 Proz., das 7. Jahr mit 20 Proz.

Längere Krankenhausbehandlung als 10 bis 18 Tage wegen zu spätem Eintretens der Bazillenfreiheit, was durch alle bisher empfohlenen Mittel nicht beschleunigt werden konnte.

Höhe der angewandten Heilserumdosen schwankte zwischen 600 und 18 000 I.E., leichte Fälle 1000—3000, mittelschwere 4000—5000, schwere 6000—18 000; event. 2. oder 3. Wiederholung der Dosen. In 77 Proz. der Fälle intramuskuläre Injektion, 9 Proz. intravenöse Injektion für schwere Fälle, intravenöse Injektion mit nachfolgender ein- oder mehrmaliger intramuskulärer Injektion für schwerste Fälle: 4 Proz. Bei Reinjektion wegen zweiter oder mehrmaliger Diphtherie subkutane Injektion von 600—1000 I.E. Bei Freibleiben von lokaler oder Allgemeinreaktion intramuskuläre Injektion nachfolgend: 7 Proz.

Vorzüglichste und schwerste Komplikation Herztod. Therapie ziemlich machtlos. Albuminurien in 8 Proz., gutartig. Pneumonien meist nur bei kleinen Kindern ziemlich selten, ausser nach Tracheotomien.

Serumexantheme in 3,3 Proz. vom 2. bis 16. Tage, hauptsächlich vom 5. bis 12. Tage, $\frac{1}{2}$ mit Fieber einhergehend. Höhe der Serumdosis und Einspritzungsart ohne Einfluss; makulöses Exanthem dauert meist nur 1 Tag, urtikarielles infolge Juckreiz unangenehmer, dauert bis zu 3 Tagen, werden durch subkutane Suprareninjektionen günstig beeinflusst. Keine ungünstigen Folgeerscheinungen. 1 Fall von Anaphylaxie mit günstigem Ausgang.

Der Vortr. empfiehlt frühzeitige Injektion nicht zu kleiner Heilserummengen.

Herr Hirsch: Mitteilungen aus dem städt. Lebensmittelamt.

Aerztlicher Verein in Nürnberg.

(Offizielles Protokoll.)

Sitzung vom 11. April 1918.

Vorsitzender: Herr J. Müller.

Herr Waltershöfer: Ueber infektiöse Lebererkrankungen.

Diskussion: Herren Staudter, Fürter, Sommer, Schüller, Seiler, Frank.

Sitzung vom 2. Mai 1918.

Vorsitzender: Herr J. Müller.

Herr Port: 1. Mobilisierung der Beugesehnen des Vorderarms.

Herr Port demonstriert einen Patienten, bei welchem eine erhebliche Funktionsstörung der Finger bestand infolge ausgiebiger Verwachsung der Beugesehnen mit einer breiten Narbe am Vorderarm. Die Narbe wurde exzidiert und die Sehnen einzeln aus dem Narbengewebe herauspräpariert. Sie wurden dann in einen grossen Fetttappen, welcher dem Oberschenkel entnommen wurde, eingewickelt und der Hautdefekt durch einen gestielten Lappen aus der Brust gedeckt. Erfolg: normale Funktion.

2. Muskelverpflanzung bei Radialislähmung.

Herr Port demonstriert einen Patienten mit Radialislähmung, bei welchem sich die Unmöglichkeit einer Vereinigung der durchtrennten Nervenenden bei der Freilegung des Nerven ergeben hatte. Es wurde durch je einen Schnitt auf der Volarseite der *Musc. flexor carpi radialis* und *ulnaris* freigelegt. Dann durch einen Längsschnitt in der Mitte der Streckseite die Sehnen der Extensoren präpariert. Nun wurde an der Aussen- und Innenseite je ein weiter Kanal unter der Faszie gebohrt und die Beugesehnen durchgezogen. Der *Flexor c. radialis* wurde an die Sehnen des *Extensor pollicis long.* und *Abductor pall. long.* angenäht, der *Flexor c. ulnaris* an die Strecksehnen der Finger bei starker Dorsalflexion der Hand. Die Funktion der Hand ist jetzt eine recht gute. Der Daumen kann weit abduziert werden, die Streckung der Hand gelingt bis zur Horizontalen. Das Umlernen zur neuen Funktion der Muskeln machte anfangs erhebliche Schwierigkeiten.

Herr Flatau zeigt ein Hodgepessar, das die Porzellanfabrik Rosenthal in Selb auf Veranlassung von Zweifel-Leipzig aus weissglasiertem Porzellan angefertigt hat.

Da insbesondere die aus Kriegersatzhartgummi gemachten Siebpressare nach Prochownik gegen den Prolaps ganz unbrauchbar sind (Verlust der Form durch die Körperwärme, Verlust der Politur, daher starke Reizwirkung auf die Vagina), hat dieselbe Fabrik auch Siebpressarien aus Porzellan herstellen lassen, die zweifellos einem starken Bedürfnis entsprechen und wegen ihrer Sauberkeit und Reizlosigkeit das Hartgummipessar vielleicht für immer verdrängen werden.

Herr Flatau demonstriert als Beispiele zu der Frage, welche Myome sich nicht für die Röntgentherapie eignen:

1. 8 Myomknoten von Nuss- bis Faustgrösse, die alle intramural in einem Uterus entwickelt waren und besonders in der vorderen Wand sitzend einen ausserordentlich lästigen Harnzwang verursacht haben. Da die Patientin erst 28 Jahre und verlobt war, verbot sich jede radikale Behandlung und es gelang durch sorgfältige Naht den Uterus so weit wieder herzustellen, dass bisher wenigstens die Menstrualfunktion gut vonstatten geht.

2. einen kindskopfgrossen Uterus, der ausser einem intramuralen noch ein submuröses Myom enthielt, das sehr stark in die Uterushöhle vorsprang. Profuseste Blutung, die das Leben unmittelbar bedrohten, daher abdominale Totalexstirpation.

3. einen 3 Monat graviden Uterus, in dessen linker Kante ein kindskopfgrosses Myom sich entwickelt und sich intraligamentär verbreitet hatte. Schwere Beschwerden veranlassen die Totalexstirpation, nachdem ein Versuch das Myom allein auszulösen, eine stürmische, nahezu unstillbare Blutung hervorgerufen hatte.

Diskussion: Herr F. Merkel.

Herr Flatau spricht über Röntgenbehandlung der Myome.

Die ausserordentliche Verfeinerung der Röntgentechnik, insbesondere in Hinsicht auf die rascheste Wirkung, ihre Sicherheit und ihre Unschädlichkeit hat den Vortragenden dazu gebracht, die Operation von Myomen (von vereinzelt, kontraindizierenden Fällen [siehe oben] abgesehen) fast durchweg aufzugeben. Fl. benutzt je zwei grosse Felder vorn und hinten. Bestrahlte wird meist mit Siederohr oder auch mit dem Glühkathodenrohr nach Coolidge-Fürstenau. In 80 Proz. der Fälle führten zwei Sitzungen zum Ziel der Amenorrhöe. Bei sehr grossen Mengen, bei denen die Lage der Ovarien kaum vermutet werden kann, bestimmt Fl. drei oder vier Felder vorn und hinten. Die Verkleinerung bzw. das Verschwinden der Myomknoten verläuft recht verschieden. Im allgemeinen kann man beobachten, dass nach halbjähriger Röntgenmenostase der Umfang der Tumoren um 50 Proz. zurückgeht.

Diskussion: Herr Goldschmidt.

Herr Flatau hält seinen angekündigten Vortrag: Dritte Mitteilung über das Schicksal der seit dem Jahre 1917 nur mit Strahlen behandelten Uteruskarzinome. (Erscheint in extenso.)

Diskussion: Herr Franz Feith.

Medizinisch-Naturwissenschaftlicher Verein Tübingen.

(Medizinische Abteilung.)

(Offizielles Protokoll.)

Sitzung vom 3. Juni 1918.

Vorsitzender: Herr Heidenhain.

Schriftführer: Herr Schloessmann.

Herr Gaupp: Otfried Försters neue Behandlungsmethoden der spastischen Lähmungen nach Hirnschüssen.

Vortr. erläutert zunächst die Grundformen der monoplegischen, hemiplegischen und paraplegischen Lähmungsformen nach Hirnverletzungen unter Demonstration zahlreicher Fälle und bespricht dann die neuen, namentlich von Otfried Förster-Breslau systematisch ausgearbeiteten, operativen Behandlungsmethoden der spastischen Paresen (Sehnenverlängerungen, Sehnenpaltungen mit Schaffung zweier Insertionsstellen, Muskelverpflanzungen, Resektion von Nervenästen zur Schwächung der spastisch kontrakturierten Muskeln an der Wade, den Flexoren der Finger, der Hand, des Unterarms usw.). Diapositive und Kinematogramme zeigen in anschaulicher Weise die guten Ergebnisse, die Förster erzielt hat und die