

## Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 19. Oktober 1926.

Herr **Julius Thallumazet** als **Depilatorium**. Die Dosis beträgt 6–9 mg pro Kilogramm Körpergewicht, nach 16 Tagen ist der Höhepunkt der Depilation erreicht.

Herr **Schmidt-Eppendorf**: Eine seltene Lungenkomplikation nach Narkose. Bei einem Manne, der gelegentlich einer Hernienoperation narkotisiert wurde, kam es unter dem klinischen Bilde einer Pneumonie zu den auskultatorischen Phänomenen der Verlegung eines großen Bronchus. Die Anamnese ergab, daß der Mann vor Jahren ein abgebrochenes Pfeifenmundstück aspiriert hatte, ohne irgendwelche Lungenbeschwerden zu bekommen. Die Röntgenuntersuchung klärte den Sachverhalt, der Fremdkörper wurde mit dem Bronchoskop extrahiert, der Kranke geheilt. Lichtbilder.

Herr **Kapff** zeigt die Elektrokardiogramme eines Falles von vorübergehendem Schenkelblock bei einem 62 jähr. Manne. Die Störung der Reizleitung lag lediglich im rechten Schenkel, so daß die Kurve jeder Kontraktion das Bild eines „Lävogrammes“ darbot.

Herr **Paschen**: Die zweitägige Vakzine gibt in einer Verdünnung von 1:5000 noch gute Resultate (100 Proz.). Die Prüfung des Reichsgesundheitsamtes ergab Virulenz noch in einer Verdünnung von 1 auf 5 000 000. Die Virulenz hat sich über 2 Jahre gehalten, die Lymphe wurde für die Praxis brauchbar gemacht durch Zusatz von 2½ prom. Agar.

Herr **Richard Kummell**: Die plastischen Operationen zur Hebung des oberen Augenlides bei schwerer Ptosis, demonstriert an Lichtbildern, den Operationsmethoden und der Operationserfolge.

Herr **Nonne**: Bei der endolumbalen Anwendung des Salvarsans werden schwere Nachstörungen berichtet. N. selbst sah 4 Fälle und schildert den letzten Fall, bei dem es zu dem klinischen Bilde der Konuslähmung und zum Exitus an schwerem Dekubitus und an aufsteigender Pyelonephritis kam. Die histologischen Bilder aus dem erkrankten Teile des Rückenmarkes lassen die schweren Veränderungen rein degenerativer Natur an den nervösen Elementen erkennen.

Herr **Mahlo** berichtet über seine reichen Erfahrungen in der Abortbehandlung in der Praxis (3000 Fälle). Die Kürette verdient den Vorzug vor der Abortzange und der digitalen Ausräumung. M. wählt die scharfe Kürette. Seine Mortalität beträgt 2 Prom., eine Ziffer, wie sie kaum eine Klinik aufweist. Die Mortalität hat überhaupt in den letzten Jahren abgenommen. Es empfiehlt sich ein rein konservatives Vorgehen bei allen komplikationslosen Aborten. In der jetzigen Zeit gelingt es häufig, bei drohendem Abort die Frauen zum Austragen zu bewegen.

Aussprache: Herr **Heynemann**: In der Abortfrage besteht kein wesentlicher Gegensatz zwischen Klinik und Praxis. H. zieht die stumpfe Kürette der scharfen vor. Eine abwartende Behandlung dürfte in der Praxis doch wohl kaum möglich sein. Beim fieberhaften Abort ist die Kürette unbedingt vorzuziehen. — Herr **Nevermann**: 1925 betrug die Abortziffer in Hamburg 12 000, die Ziffer der Todesfälle im Januar bis Oktober 1926 78, davon starben 76 Frauen im Krankenhaus. — Herr **Barfurth**: Die Ausräumung ist fast immer ambulatorisch möglich, wenn man die Frauen nur einige Stunden danach liegen lassen kann. — Herr **Rothfuchs** berichtet über seine Erfahrungen als Gutachter in einem Prozesse, wo ein Kollege wegen digitaler Ausräumung der fahrlässigen Körperverletzung beschuldigt wurde. Die Kommission kam zur Verneinung der Schuldfrage. — Herr **Schottmüller**: Die Kürette ist die Methode der Wahl. In der Hand des Geübten kann sie keinen Schaden anrichten und verdient unbedingt den Vorzug vor dem Finger, da sie bei vorsichtiger Handhabung keine Keime aus der Vagina in das Uterusinnere transportiert.

Gürich.

## Wissenschaftlicher Verein der Aerzte zu Stettin.

Sitzung vom 5. Oktober 1926.

Vorsitzender: Herr **Mühlmann**. Schriftführer: Herr **Leitz**.

Herr **Jaffé**: 1. 2 Fälle von **Mikrosporite**, mit Erfolg epi- liert durch interne Verabreichung von **Thallium acet.**, 8 mg pro Kilogramm Körpergewicht nach den Angaben von **Buschke, Langer und Peiser**. Hinweis auf die vorangegangenen Tierversuche an der Abteilung **Buschke**, auf die wahrscheinliche Wirkungsweise (innere Sekretion, Sympathikus), auf die gute Verträglichkeit und absolute Gefährlosigkeit in den erwähnten Dosen, sowie auf die einfache Anwendungsweise und den prompten Erfolg (6–8 Tage später beginnend).

2. Fall mit zahlreichen **Verrucae durae**, mit Erfolg (von 13 bis jetzt 9 verschwunden!) mit intrakutanen **Warzenextraktinjektionen** behandelt (2 mal wöchentlich 0,2 ccm). Hinweis auf die von **Biberstein** in größerem Maßstab angestellten, zu 75 Proz. erfolgreichen Versuche. Bemerkenswert ist an diesem Fall, daß die erste Beeinflussung trotz regelmäßig fortgeführter Behandlung erst um die 20. Einspritzung herum (nach 11–12 Wochen) bemerkbar wurde.

Herr **Riedel** berichtet über einen Fall von **schnellendem Knie**, der zur Operation gekommen war. Man fand den hinteren Teil des

lateralen Meniskus abgerissen und eine mäßige Erschlaffung der seitlichen Gelenkkapsel. Bei der Beugung wurde der Knorpel zu einer sich dachförmig erhebenden Falte zusammengeschoben und nach vorn außen geschneilt. Die Operation schuf völlige Heilung.

Herr **Mühlmann** berichtet über seine Erfahrungen mit der **Thorium-X-Spikemethodik** nach **Halberstädter** an 5 Fällen. Die Spiketechnik selbst ist ziemlich einfach, die Abpassung der optimalen Dosis schwierig und bedarf eingehender Erfahrung. 2 Fälle von linsengroßen Hautkrebsen heilten prompt, ebenso 2 Fälle von Lidrandkarzinom; diese ergaben ein ausgezeichnetes kosmetisches Resultat. Der Versuch, ein zweimarkstückgroßes tiefgreifendes Lupuskarzinom so zu beseitigen, schlug fehl. Vortr. erblickt den Vorteil der Methodik darin, daß sie relativ billig ist und den Kranken kürzere Zeit in Anspruch nimmt, als äußere Radiumapplikationen oder Röntgenbehandlung. In Kauf genommen werden muß eine stärkere Entzündung in der Umgebung des gespickten Herdes, die durch  $\alpha$ - und sehr weiche  $\beta$ -Strahlung hervorgerufen ist. Geeignet erscheint sie zunächst nur für kleinste Geschwülste.

Herr **Mühlmann**: 113 **Cholezystographien**. Grundsätzlich wurde die intravenöse Applikation von Tetrajod angewandt, weil sie im Gegensatz zur oralen und rektalen Einverleibung des Kontrastfarbstoffes die beste und gleichmäßigste Resorption gewährleistet. Wenn auch die intravenöse Technik umständlich und für die Kranken häufig nicht ohne Beschwerden ist — wesentliche Störungen wurden nicht beobachtet! —, muß sie immer angewendet werden, solange man die Frage möglichst sachlich entscheiden will, unter welchen Umständen es zur Füllung oder Nichtfüllung der Gallenblase kommt. Für die Praxis wird die Entwicklung so gehen, daß man zunächst die orale Methodik anwenden wird und bei einem Füllungsversager die intravenöse Applikation folgen läßt. Sie wird dann wahrscheinlich immer noch in 25–30 Proz. aller Fälle nötig sein. — Von den 113 Fällen kamen 16 zur Operation und 2 zur Autopsie. Bei diesen 18 Fällen deckte sich Röntgenergebnis mit dem Autopsiebefund 16 mal, d. h. in 88,9 Proz. Der Füllungsversager fand sich einmal bei einem allerdings vorher röntgenologisch gesicherten **Ulcus pylori**, dann bei einer Steinblase, bei der trotz 50 kleiner Steine bei kaum entzündeter Wand ein normales Füllungsbild ohne Steinschattendefekte auftrat. — Von den übrigen 95 Fällen fallen 10 aus der Beurteilung fort, weil das epikritische Ergebnis der klinischen Beobachtung nicht genügte. Bei dem Rest von 85 Fällen wurde Röntgenbefund (Füllungsversager, verzögerte, schwache Füllung) dem klinischen epikritischen Ergebnis gegenübergestellt. Dabei fand sich, daß beides sich in 72 Fällen deckte, und daß ein Widerspruch in 13 Fällen vorhanden war. Wenn auch die breiten Fehlermöglichkeiten dieses Vergleichs zugegeben werden müssen, so ist doch auffällig, daß eine Kongruenz zwischen Röntgenbefund und Klinik genau wie bei den autoptischen Kontrollen in 89,4 Proz. zu verzeichnen war. — Damit kann nur bestätigt werden, daß die Resultate der Cholezystographie mit rund 90 Proz. Sicherheit in dem Sinne zu bewerten sind, daß ein Füllungsversager auf eine Störung im Gallenwegesystem hinweist. Empfohlen wird die Vornahme der Resorptionsprüfung im Blut, die mit Hilfe einer einfachen Schichtprobe leicht durchzuführen ist.

## Kleine Mitteilungen.

### Instrument zum Fassen kleinster Gewebeteile.

Die Schwierigkeit, in kleinsten Operationshöhlen in der Tiefe vorstingende, glatte Gewebeteile mit der Pinzette zu fassen, gab mir schon vor längerer Zeit die Idee, ein kleines Instrument herstellen zu lassen, das geeignet ist, unter Vermeidung der Pinzette, derartige kleine Weichteile anzuspießen, zu spannen und auf diese Weise mit Messer oder Schere in der Tiefe abzutragen. Form und Gebrauch des Instrumentes gehen aus der Abbildung hervor. Es bewährt sich



besonders gut zur Exzision kleiner, selbst von der scharfen Pinzette abgleitender Gelenkkapselzipfel, zur Entfernung von glatten Gelenknorpelsplittern, die selbst mit spitzen chirurgischen Pinzetten kaum zu fassen sind. Das kleine Instrument, das von der Firma Medizinisches Warenhaus A.G., Berlin NW, Karlstr. 31, hergestellt wird, dürfte auch für Operationen im Bereich der Nase und des Halses gute Dienste leisten.

(Aus der orthopädischen Privatklinik Dr. Hermann Engel, Berlin NW 40.)  
Dr. Hermann Engel.

### Eine elektrische Wärmedecke.

Die Decke „Perfekta“ der Firma **Fritz Rothe** in Augsburg ist 1,20 m lang und 80 cm breit. In eine solide Flanelldecke eingehüllt, besteht der Heizkörper aus einem trotz seiner Dünne bruchfesten, schmiegsamen Metalldraht besonderer Konstruktion, der auf einem Asbestkern eng gewickelt und durch ein Asbestgespinnst gedeckt ist. Die Gefahren des Durchbrennens erscheinen bei der sorgfältigen Konstruktion der Decke ausgeschlossen. Bei monatelangem täglichen Gebrauch fand ich nie eine Störung.