

im großen und kleinen Netz. Das Duodenum wurde blind verschlossen, der Magen mitsamt den Drüsen und 2 cm von dem unteren Teil des Oesophagus vollständig entfernt. Vereinigung des Oesophagusstumpfes mit einer etwa 30 cm langen Jejunumschlinge End-zu-Seit durch dreifache einstülpende Naht. Nahtsicherung durch einen Netzzipfel. Glatte Wundheilung ohne Fistelbildung. Die mikroskopische Untersuchung des Präparats ergab, daß das Karzinom genau bis zum Oesophagusansatz reichte, noch nicht auf das Plattenepithel übergegangen war. Anfangs bestanden etwa drei Wochen lang mäßige Durchfälle, jetzt sind die Nahrungsaufnahme und die Verdauung annähernd normal, und der Patient kann mit verheilter Wunde ohne Beschwerden in leidlichem Ernährungszustand etwa zehn Wochen nach der Operation entlassen werden. An der Stelle der Einmündung des Oesophagus ins Jejunum hat sich, wie das Röntgenbild zeigt, die Darmschlinge schon etwas erweitert. Von der Durcheinander von Salzsäure wurde guter Einfluß auf Appetit und Darmtätigkeit gesehen. — b) **Habituelle Schulterluxation.** In vielen Fällen ist der Abriß der Gelenkkapsel mit Knochenabsprengungen und -abschliffen vom vorderen Pfannrande Grund des Wiedereintritts der Luxation. Hierbei kann nicht Kapselraffung, Vorwähnung der Außenrotatoren oder Muskelplastik die Reluxation verhüten, sondern es muß die Gelenkkapsel wieder an ihrer Stelle befestigt und die Gestalt der Pfanne möglichst wieder hergestellt werden. Dieses wurde dadurch erreicht, daß der verlorengegangene vordere Pfannrand durch ein Stück Tibia ersetzt wurde, welches zugleich eine Hemmung und einen Widerist für den austretenden Kopf bildete. Die abgeißene Gelenkkapsel wurde durch Nähte in ihrem alten Lager wieder befestigt. Bisher (etwa acht Monate nach der Wundheilung) ist der Erfolg gut geblieben. Der vorgestellte Patient kann seinen Arm in der Schulter annähernd normal bewegen und hat keine Beschwerden im Schultergelenk. (Erscheint ausführlich in der D. Zschr. f. Chir.)

#### 5. Herr Lexer: Zur Gefäßchirurgie.

a) **Erfolgreiche Gefäßtransplantation.** Am rechten Oberarm ist die Arterie seit dem 9. Mai 1917 abgeschossen mit Vernarbung, ohne Aneurysma, außerdem Ulnarislähmung. Starke ischämische Erscheinungen der Hand und der unteren Hälfte des Vorderarmes. 6. November 1917 Freilegung. Arterie abgeschossen, an beiden Stümpfen vernarbt. Auslösung der Stümpfe und Anfrischung. Danach ergibt sich ein Defekt von 12 cm, welcher durch ein Stück der V. saphena ersetzt wird. Am 6. November 1917 gute Heilung. Völlige Durchgängigkeit des Gefäßes bewiesen durch Lexersches Symptom. — b) **Ringförmige Naht** der linken A. subclavia bei Operation eines arterio-venösen Aneurysmas. Arterio-venöse Fistel mit kleinfantgroßem Sack an der Vene, 3 Monate 10 Tage nach einer Granatsplitterverletzung. Operiert nach dem Verfahren von Lexer<sup>1)</sup> Nach Ausschälung des Sackes und Resektion des zugehörigen Teiles der Vene mit Unterbindung zeigt sich eine unregelmäßige, zackige, 2 cm lange, mehr als die Hälfte des Umfangs der Arterie einnehmende Arterienverletzung am unteren Rande der Subklavia, etwa in der Mitte zwischen Scalenus und Proc. coracoideus. Der verursachende Granatsplitter, welcher am oberen Rande des Schlüsselbeines, im inneren Drittel eingetreten war, saß am Beginn der Achselhöhle, neben der Vene. Nach der Resektion des verletzten Arterienabschnittes gelang die ringförmige Arteriennaht. Heilung ohne Störung und Folgen. — c) **Ringförmige Naht** der linken Car. comm. nach arterio-venösem Aneurysma infolge Granatverletzung vor vier Wochen. Es handelte sich um eine arterio-venöse Fistel mit großem, bis ins Jugulum reichendem Sack, dessen Innenwand von Fibrin gebildet wird. Die Umgehung ist stark schwierig. Die V. jugularis hat an der Vorder- und Hinterwand einen 2 cm großen Schlitz. Die Arterie hat einen ebenso langen, unregelmäßigen Defekt, der für die seitliche Naht nicht geeignet ist, daher Resektion von 3 cm. Ringförmige Naht der Arterie unter Seitwärtsneigung des Kopfes, Unterbindung der Vene. Zur Schnittführung war wegen Ausdehnung des Aneurysmas ein bogenförmiger Schnitt gewählt worden, welcher hinter dem Kieferwinkel begann, bis nahe an den Kehlkopf nach vorn verlief, von hier nach unten und über dem Sternoklavikulargelenk wieder zurück nach außen umbog. Der Kopfstecker wurde vom Sternum am Schlüsselbein abgetrennt. Vollständige Heilung. Interessant ist der Fall deshalb, weil die während der Operation eine Stunde lang notwendige Abschließung der Car. comm. genügte, um den rechten Arm und das rechte Bein paretisch zu machen. Das Bein erholte sich schon am selben Abend wieder, dagegen brauchte der Arm vier Wochen bis zum Beginn von Bewegungen. — Lexer warnt vor der Unterbindung der Car. comm. an Stelle der idealen Aneurysmaoperation mit Wiederherstellung des Kreislaufes wegen der gelegentlich auch im jüngeren Alter auftretenden sehr schweren Folgen, wie folgender

<sup>1)</sup> D. Zschr. f. Chir. 135. 1916 S. 439.

Fall zeigt: Schußaneurysma der Car. comm. (1 Jahr 8 Monate alt) mit sehr großer Sackbildung bis zur Schädelbasis. Wegen dieser Ausdehnung war die ideale Operation des Aneurysmas unmöglich. Nach der zentralen Ligatur der Car. comm. und der peripherischen der Car. int. stand die Blutung aus dem Sack vollständig. Die V. jugularis wurde unterbunden. Es trat vollständige Lähmung der rechten Körperhälfte und Aphasie auf. Nach fünf Monaten noch völlig schlaffe Lähmung des rechten Armes und spastische Lähmung des rechten Beines. Sprache verlangsamt.

### Münchener Gynäkologische Gesellschaft, 28. II. 1918.

Aussprache über den Vortrag des Herrn G. Klein: **Geburtenrückgang, Viel-Operieren und künstlicher Abortus.** Herr Klein stellte nachstehende Leitsätze auf: 1. Die willkürliche Verminderung der Kinderzahl, der Neo-Malthusianismus, muß durch Aufklärung der Gatten und der Aerzte bekämpft werden („Präventivverkehr, Okklusivpessar, Intrauterin-pessar etc.“). 2. Tubensterilisation ohne genügende Indikation und besonders ohne schriftliche Zustimmung der beiden Gatten vorzunehmen, ist unzulässig. 3. Die Entfernung der Adnexe wegen „Entzündung der Eiterstöcke oder Eileiter“ ist in den meisten Fällen unnötig und aufs äußerste einzuschränken. 4. Für die Einleitung des Abortus artificialis gibt es keine feststehenden, allgemein anerkannten Indikationen (siehe Herzfehler, Hyperemesis etc.). 5. Aus diesem Grunde kann das Urteil eines zweiten Arztes, der die Einleitung des Abortus für „wünschenswert“ oder selbst für notwendig bezeichnet, nicht in jedem Falle zwingend für unser Handeln sein. Wir dürfen unter dieser Rückendeckung in solchen Fällen den Abortus einleiten, wir müssen es aber nicht. 6. Aus Satz 4 ergibt sich, daß für „weiterherge“ Aerzte fast immer eine Indikation gefunden wird. 7. Die schriftliche Niederlegung der Indikation durch zwei Aerzte gibt keine genügende Gewähr für strenge Indikationsstellung. 8. Das Gleiche gilt für die vielfach geforderte Anzeigepflicht vor oder nach Einleitung des Abortus. 9. Es soll deshalb jeder Fall von Einleitung des Abortus durch einen Amtsarzt begutachtet werden. Er hat die Verpflichtung, in schwierigen Fällen einen Facharzt beizuziehen, und die Berechtigung, nach eigenem Ermessen die Schwangere zur Beobachtung oder zum Versuche einer konservativen Behandlung (z. B. bei Hyperemesis) einer bestimmten Anstalt zu überweisen. 10. Die Entfernung des schwangeren Uterus ist nur bei gleichzeitigem Bestehen eines Uterustumors, in der Hauptsache einer malignen Geschwulst, gerechtfertigt. 11. Die Frage der Schwangerschaftsverhütung und -beseitigung ist teils eine ärztliche, teils — und in noch höherem Maße — eine ethische. 12. Ueber dem Behagen und Unbehagen des Einzelnen steht ein höheres Sittengesetz: „Das Gemeinwohl über alles!“

Herr Hecker: **Ueber Geburtenrückgang und Kindererhaltung.** Er bezeichnete als Hauptforderungen: Hebung des Zeugungswillens und Familiensinns durch Belehrung, Besserung der Siedelungs- und Wohnungspolitik, Verbreitung der Brusternährung, planmäßige Säuglings- und Kinderfürsorge und weiteren Ausbau der so hervorragend wirkenden Reichswochenhilfe.

Herr G. Böhm: **Einfluß der Schwangerschaft auf Lungen-, Herz-Nierenerkrankungen.** Indikationen für den künstlichen Abort: aktive Tuberkulose, Temperaturen (im After vom Arzt gemessen), vergrößerte, empfindliche Halsdrüsen und klinischer Lungenbefund, Gewichtsabnahme und Bazillenbefund. Hämoptoe allein und Röntgenbefund allein nicht. Bei den Herzkrankheiten nur Insuffizienzerscheinungen (Oedeme, Leberschwellung im Beginne der Schwangerschaft), bei den Nierenkrankheiten nur Urämie und Retinitis albuminurica als Teilerrscheinung einer drohenden Urämie.

Herr Neumayer: **Kehlkopftuberkulose und Schwangerschaft.** Klinisch vom Spezialarzt nachgewiesene Kehlkopftuberkulose ist unter allen Umständen eine absolute Indikation für möglichst frühzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft. Nach dem vierten Monat besser zu unterlassen wegen der schlechten Erfahrungen über den Verlauf der dann meist rasch sich ausbreitenden Tuberkulose.

Herr Plaut: **Psychiatrie und Schwangerschaftsunterbrechung.** Nach Plauts Ausführungen gibt es vom psychiatrischen Standpunkt fast keine Indikation für Schwangerschaftsunterbrechung, selbst nicht bei Paralyse oder bei durch Vergewaltigung geschwängerten Kretinen; Selbstmordgefahr bei Depressiven ist zwar sehr ernst zu nehmen, kann aber durch Anstaltsbehandlung ausgeschaltet werden; auch gewöhnliche Chorea gravidarum, multiple Sklerose, Dementia praecox (nur wenn ein deutliches Fortschreiten der Erkrankung beobachtet wird) sind keine Indikationen. Hoeflmayer.