

besondere dann, wenn das Hinterhaupt immer wieder zurückgedrängt und wenn Klitoris, Harnröhre und Schamlippen fortwährend durch streichende Bewegungen zurückgestopft werden. Dabei wird gerade die Kompression des Schädels in der Richtung von rechts nach links unvermeidbar sein, die nach Ansicht von Benecke zum Zustandekommen der übermässigen Spannung des Tentoriums und seiner Verletzung notwendig ist. Jedenfalls war die Zahl der intrakraniellen Blutungen in denjenigen mir bekannten Lehranstalten, wo eine starke Polypragmasie beim Dammschutz zu beobachten war, auch besonders gross.

Herrn Anschütz, Döhle, v. Starck, Lubinus.

Herr Bauereisen (Schlusswort): Nicht in allen Fällen ist die intrameningeale Blutung die Ursache des Todes. Die gleiche Gewalt, die das straffe Tentorium zum Einreissen bringt, wird nicht selten auch direkte Verletzungen des Zerebrum zur Folge haben. Solche Fälle sind von vornherein verloren und daher für die Behandlung ungeeignet. Alle diejenigen Fälle aber, bei denen ganz allmählich in den ersten Tagen nach der Geburt die Symptome des Hirndruckes auftreten, sollen der chirurgischen Behandlung entgegengeführt werden.

Herr Fleischhauer berichtet über das kriminelle Abortmaterial der Kieler Frauenklinik an Hand einiger Fälle mit verschiedenartigen Nebenverletzungen. Von 120 seit 1. Januar 1911 klinisch behandelten Aborten wurden 21 hochfiebernd eingeliefert. Von diesen konzedierten 6 ein Verbrechen; ausserdem 5 Fälle mit Abtreibungsverletzungen, bei denen es nicht zum Abortus kam. Man kann in Kiel annehmen, dass 90 Proz. der septischen Aborten kriminell sind. Das übliche Abtreibungsmittel ist die intrauterine Seifenwasserinjektion. Therapeutisch wird bei kriminellen Fällen eine möglichst konservative Therapie im Winterschen Sinne empfohlen. Auffallend ist, wie selten selbst grosse eitrig-exsudative nach perforierenden Scheidenverletzungen zum Abort führen.

Diskussion: Herren Behn, Lubinus, Henningsen, Lühje, Stahr.

Herr Stoeckel: Die Schwierigkeit einer eventuellen Anzeige von Fällen, in denen ein krimineller Abort vermutet oder nachgewiesen ist, lässt sich in Rücksicht auf den Paragraph 300 des Bürgerlichen Gesetzbuches nicht verkennen. Jedoch kann man in denjenigen Fällen, die letal geendigt haben, ohne Verletzung des Berufsgeheimnisses dadurch die gerichtliche Sektion erzwingen, dass man die Ausstellung eines Totenscheines ablehnt.

Herren Klingmüller, Anschütz, Möhlmann.

Herr Stoeckel: Demonstrationen.

1. 2 operierte Fälle von Vulvakarzinom.

In dem ersten Falle war nach der bisher üblichen Methode vor $\frac{1}{2}$ Jahre operiert worden, d. h. es wurde der gesamte Lymphdrüsenapparat von den beiden Spinae anter. super. an im Zusammenhang mit der ganzen Vulva exstirpiert. Die Heilung ist tadellos und primär erfolgt, die Vernarbung so gut, das die Grösse der Verwundung kaum noch zu erkennen ist, aber in der rechten Seite der Scheidennarbe findet sich ein erbsengrosses Knötchen, das offenbar ein Imprezidiv darstellt. (Das Knötchen ist mittlerweile exstirpiert worden und hat sich als karzinomatös erwiesen.)

Im zweiten Falle wurde eine Idee, die ich schon früher ausgesprochen habe, verwirklicht, aber in anderer Weise als ich es damals vorschlug. Ich bin überzeugt, dass sehr häufig, wenn die inguinalen Drüsen bereits karzinomatös verändert sind, auch die iliakalen Drüsen schon in Mitleidenschaft gezogen sein können und oft genug schon gezogen sind. Ich schlug deshalb vor einiger Zeit vor, nicht nur einen Bogenschnitt von einer Spina bis zur anderen zur Ausräumung des inguinalen Lymphdrüsenapparates zu führen, sondern einen grossen Hufeisenschnitt zu machen, der lateralwärts vom rechten Rektus beginnend bogenförmig zur Symphyse herabsteigt und ebenso bogenförmig lateralwärts vom linken Rektus wieder in die Höhe zieht. Von diesem Schnitt aus könnte man extraperitoneal den Drüsenapparat auch der grossen Beckengefässe von der Teilungsstelle der Iliaka abwärts, wie bei der Radikaloperation des Uteruskarzinoms, ausräumen. Ich habe nun die Idee der Ausräumung der gesamten Beckendrüsen beim Vulvakarzinom in diesem II. Falle durchgeführt, aber nicht in der eben beschriebenen Weise, sondern so, dass ich der Operation des Vulvakarzinoms eine Laparotomie mit grossem medialen Längsschnitt vorausschickte und von ihm aus nach beiderseitiger Spaltung des Beckenperitoneums die intraperitoneale Ausräumung des iliakalen Lymphdrüsenapparates, deren Ergebnis in diesem Falle ein ziemlich spärliches war, vornahm. Nach Schluss der Laparotomiewunde typischer Schnitt zur Operation des Vulvakarzinoms wie sonst, so dass der Laparotomieschnitt und der von einer Spina bis zur anderen ziehende Bogenschnitt zur Exstirpation des Leistendrüsengewebes zusammen einen Ankerschnitt darstellen, von dem nach abwärts ein weiterer senkrechter Schnitt über die Symphyse führt, an den sich ein einander Schnitt zur Exstirpation der Vulva anschliesst. Sie sehen, dass die Heilung nach diesem recht grossen Eingriff primär erfolgt ist. Ich glaube, dass die prinzipiell vorausgeschickte Laparotomie als wichtige Vervollkommnung der Operation angesehen werden darf und prinzipiell den ersten Akt jeder Vulvakarzinomoperation bilden sollte.

2. 2 Fälle mit grossen tumorartigen Bildungen, die aus spitzen Kondylomen bestehen; bei der einen Patientin an den Labien, bei der anderen um den After herum.

3. Zystoskopische Demonstration einer Ureterimplantation.

Die Technik der Operation unterschied sich in nichts von derjenigen, die ich bereits vielfach publiziert habe, durch die also der Ureterknopf überschüssig über das Niveau der Schleimhaut in die Blase hineingebracht wird. Der Fall ist nur deshalb beachtenswert, weil es sich um einen doppelt angelegten Ureter handelt, so dass zwei Ureteren nebeneinander implantiert werden mussten. Man kann die beiden Öffnungen in dem gemeinsamen Gewebeknopf, der in das Blasenlumen hineinragt, sehr gut unterscheiden.

Sitzung vom 14. Dezember 1911 in der medizinischen Klinik.

Herr Behn stellt den Antrag, den Herrn Regierungspräsidenten auf die Auslage von Instrumenten zum artefiziellen Abort aufmerksam zu machen. Auf Antrag von Herrn Anschütz wird dies genehmigt in der Weise, dass der Vorstand den Antrag redigieren und dann weitergeben soll.

Herr Lühje: Einige Bemerkungen zur Frage der Nephritis. (Erscheint in der Med. Klinik.)

Diskussion: Herr v. Starck, Stoeckel, Hoppe-Seyler, Lühje.

Herr Michaud: Ueber Digitalistherapie.

Vortr. referiert über die modernen pharmakologischen Arbeiten über die Wirkungsweise der Digitalis, woraus sich die strengen Indikationen für die Darreichung der Digitalis ergeben. Ferner bespricht er die Verschiedenheit der einzelnen Digitalisblätter und modernen Präparate und die Vorzüge der nach der physiologischen Methode titrierten Präparate. Referiert über gute Erfolge mit dem von Gottlieb eingeführten Digipuratum-Knoll, die in der Medizinischen Klinik beobachtet wurden.

Diskussion: Herren Lühje, Jess, Michaud.

Herr Schlecht demonstrierte mikroskopische Präparate von hochgradiger lokaler Eosinophilie in der Lunge anaphylaktischer Meer-schweinchen.

Aerzterverein Koblenz-Land.

(Eigener Bericht.)

Monopolisierung der Unfalltherapie.

Der Aerzterverein Koblenz-Land rth. beschäftigte sich in seiner Sitzung vom 3. II. 11 mit den in der Tagespresse, im Aerztl. Vereinsbl. usw. wiedergegebenen Leitsätzen des Reichsversicherungsamts für die Berufsgenossenschaften.

Der Referent Esch gab seiner Verwunderung darüber Ausdruck, dass diese Leitsätze unter Mitwirkung von Aerzten verfasst sein sollen. Lasse ihr Inhalt, soweit er die Therapie betreffe, sich doch kurz folgendermassen zusammenfassen:

Da manche Verletzte infolge unzureichender Behandlung eine höhere Rente bekommen, als nötig wäre, so ist die Behandlung „schwerer“ Verletzungen allen Praktikern ohne deren Initiative zu entziehen und Unfallkrankenhäusern zu übertragen.

Dabei wird laut § 5 zu den „schweren“ Unfällen ungefähr alles gerechnet, was über eine einfache Hautverletzung hinausgeht. Zwar soll dieses Vorgehen gegen die praktischen Aerzte durch einige, in § 14 empfohlene Massnahmen ein wenig milder in der Form gestaltet werden, praktisch sind diese aber völlig bedeutungslos, denn in der Tat handelt es sich doch um das Novum, dass einzelne ungeeignete Elemente, die im ärztlichen ebenso wie in jedem anderen Stande vorkommen, den Berufsgenossenschaften und deren „Fachärzten“ Anlass gegeben haben, die Gesamtheit der praktischen Aerzte öffentlich herunterzusetzen und sie als bevormundungsbedürftig hinzustellen.

Diesem Vorgehen gegenüber hat der Verein bereits früher (vgl. Münch. med. Wochenschr. 1908, No. 10) betont, dass kein Arzt, der die nötige Selbstachtung besitzt, sich solches bieten lassen kann, sondern verlangen muss, dass ihm im Prinzip die Fähigkeit bezw. die Gewissenhaftigkeit zugetraut wird, nötigenfalls von selbst Krankenhaus- bzw. Spezialbehandlung zu empfehlen. Nachdem das Verhältnis zwischen Arzt und Patient bereits durch unser Kassenwesen so gründlich gestört ist, darf es nicht auch noch dahin kommen, dass Dritte sich sogar in die Behandlung prinzipiell hineinmischen. Was würden wohl die Herren Industriellen, Landwirte etc. dazu sagen, wenn die Ortsärzte sich in die Betriebsleitung hineinmischen wollten mit der Begründung, dass sie als Steuerzahler an deren Leistungsfähigkeit interessiert seien?

Ebenso wie bei jedem anderen Berufe muss es auch beim ärztlichen möglich sein, die erwähnten ungeeigneten Elemente zu rektifizieren oder zu eliminieren, ohne das Können und die Gewissenhaftigkeit sämtlicher praktischen Aerzte in der Weise herabzusetzen, wie es durch das in den Leitsätzen empfohlene Vorgehen geschieht.

Die Ausführungen des Referenten fanden in der Diskussion allseitige Zustimmung. U. a. wurde noch von den Herren Braun, Brühl, Dollner, San.-Rat Lüsse, Geh. Rat Erlenmeyer, Sommer betont, dass die durch das besprochene Vorgehen herbeigeführte pekuniäre Schädigung des praktischen Arztes weit weniger ins Gewicht falle, als vielmehr der Umstand, dass er dadurch in der öffentlichen Meinung den Stempel eines minderwertigen Arztes erhalte,