

es sei Pflicht des beklagten Arztes gewesen, die Methoden der Röntgenbestrahlung ebenso genau zu kennen wie die von dem Gerichte gehörten Gutachter. (Schluß folgt.)

Brief aus Bayern.

Jüngst versuchte Kollege Scholl, mit gutem Erfolge das, was wir wollen, weiteren Kreisen beizubringen, indem er im hiesigen Jungliberalen Vereine über die **Stellung der Aerzte zur Reform und zum Ausbau der Arbeiterversicherung** sprach. Die Ausführungen, die bei der bekannten reichen Erfahrung des Vortragenden in jeder Beziehung vortrefflich und dem Verständnis der Zuhörer äußerst glücklich angepaßt waren, gipfelten in der Forderung der gesetzlichen Festlegung der freien Arztwahl. Dies sei eine Forderung der Gerechtigkeit den Aerzten gegenüber, eine Forderung zur Erhaltung der Freiheit des ärztlichen Standes, eine Forderung für die Kranken, die nur dann wirklich den Arzt ihres Vertrauens wählen könnten, und liege im Interesse der Krankenkassen. Wenn nun inzwischen auch der Herr Staatssekretär uns mitgeteilt hat, daß sein Interesse für die ärztliche Sache in dieser Richtung ein begrenztes sei, so ist es nach meiner Empfindung dennoch sehr zu loben, daß von einem auf diesem Gebiete unterrichteten Kollegen unsere Ansichten und Forderungen einmal aus dem Kreise der Aerzte heraus vor ein größeres Publikum gebracht und diesem ein Teil unserer begründeten und berechtigten Wünsche vorgetragen und verständlich gemacht wurde. Wir können in dieser Richtung immer noch von anderen Ständen und Berufsvertretungen lernen, die bei jeder Belastung, die ihnen bei einer Aenderung der Gesetzgebung droht, sofort durch öffentliche Versammlungen und intensive Benutzung der Tagespresse das allgemeine Interesse für ihre Forderungen zu erwecken suchen. Allerdings sind aber auch die Interessenten anderer Stände über die Vorgänge innerhalb ihrer Berufs- und Standes-sphäre viel besser unterrichtet wie unsere verehrten Kollegen, von denen mir schon mehr als einer ganz ruhig, als ob das keine Schande und keine Sünde an unserem Stande wäre, zugestanden hat, daß man doch nicht alles, was in den Standesblättern stehe, lesen könne. Nun, man sollte doch denken, das wäre das Wenigste, was man von einem Angehörigen der gebildeten Stände verlangen könnte.

Der Verfertiger des **Puro** ist mit seiner Klage gegen Kollegen Neustätter, der ihn sehr unsanft in dem Augenblicke auf die Hühneraugen getreten hat, als jener glaubte, neuen Atem zu haben, abgewiesen und zur Tragung der gesamten Kosten verurteilt worden sei. Kollegen Neustätter wurde Wahrung berechtigter Interessen zuerkannt und im Urteile auch zugestanden, es sei gerichtsbekannt, daß beim Landgericht München I gegen den Purofabrikanten wegen Betrugs Voruntersuchung anhängig sei. Herr Kollege Neustätter hat sich in dieser Sache große Verdienste in uneigennütziger Weise erworben und durch die Verfechtung dieser Angelegenheit hoffentlich seinem „Gesundheitslehrer“ die verdienten neuen Abonnenten zugeführt.

In unseren hiesigen ärztlichen Standesvereinen geht es für den Nichteingeweihten scheinbar sehr ruhig und friedfertig zu. Hier und da muß man ja auch als Vorstandschaft dafür sorgen, daß eine harmlose Tagesordnung denen wieder Mut macht zu erscheinen, denen „das ewige Streiten und Kämpfen“ — bei dem sie aber nie aktiv beteiligt, also garnicht angestrengt sind — so zuwider ist, daß sie daraus eine billige Entschuldigung für ihren Indifferentismus machen. So wurde in der letzten Vereinsversammlung des Bezirksvereins München-Stadt der gegenwärtig den Standesvereinen von dem Aertekammerausschuß zur Beratung vorgelegte Entwurf einer **Standes- und Ehrengerichtsordnung für die bayerischen Aerzte** durchgesprochen und verschiedene Aenderungen angenommen, die sicher die Annahme der ganzen Vorlage durch den Landtag gefährden werden. So z. B. der Artikel 1, der in der geändert angenommenen Fassung: „Sämtliche Aerzte, welche in Bayern Praxis ausüben, unterstehen einer Standes- und Ehrengerichtsordnung.“ So selbstverständlich dieser Satz klingt, so werden doch weder die den Amtsärzten vorgesetzten Ministerien des Innern und der Justiz noch das Kriegsministerium für die Praxis treibenden Militärärzte dazu ihre Einwilligung geben, daß diese Aerzte im gegebenen Falle dem Ehrengerichte des betreffenden ortszuständigen Bezirksvereins unterworfen sind, wie es Artikel 4 vorsieht. Sie können dazu unter keinen Umständen ihre Zustimmung geben, ohne ihre eigene Autorität zu untergraben. Ich glaube, das dürfte wieder einer von den Beschlüssen sein, der bei Zuziehung eines Juristen zur Beratung nicht gefaßt worden wäre. Man hätte höchstens versuchen können, solche Aerzte überhaupt von der Aufnahme in die Kassenarztvereinigungen auszuschließen, wäre aber damit mit dem Prinzip der sogenannten freien Arztwahl in Konflikt gekommen.

Ein Artikel der Standesordnung, die Bezeichnung als Spezialist betreffend, wurde nach längerer Debatte, in der der Versuch gemacht wurde, für die Berechtigung, sich Spezialist zu nennen, feste Grenzen zu ziehen, in der vorgelegten, mit Recht allgemein gehaltenen Fassung, wie folgt, angenommen: „Die Bezeichnung als Spezialist oder Arzt für ein spezielles Fach ist ohne Besitz der nötigen Vorbildung unstatthaft.“ Nach dieser gewiß weit genug gehaltenen Fassung dürften es der „Bruch“- und „Krampfadern-geschwür“-Spezialist nicht sehr schwer haben, seine Daseinsberechtigung zu beweisen.

Nicht ganz sine ira et studio gefaßt erscheint mir eine von der Versammlung zum Schlusse gefaßte Resolution, welche also lautet: „Der ärztliche Bezirksverein München hält es für unzulässig, daß die Aertekammervorsitzenden definitiv über die Gestaltung der Ehrengerichts- und Standesordnung beschließen. Er ersucht deshalb den ständigen Ausschuß der Oberbayerischen Aertekammer (in Ausführung der Beschlüsse dieser Kammer) sowie sämtliche Bezirksvereine, energisch darauf zu dringen, daß zur endgültigen Beratung der Ehrengerichts- und Standesordnung eine Delegiertenversammlung aller bayerischen Bezirksvereine einberufen werde.“ Wie das Stimmenverhältnis der einzelnen Vereine hierbei geregelt werden soll, ist vorsichtshalber einstweilen noch nicht gesagt. Auf jeden Fall muß jeden, der die näheren Umstände und den ganzen Entwicklungsgang dieser Angelegenheit verfolgt hat, das Gefühl beschleichen, daß mit dieser Resolution den Männern des Vertrauens nicht gerade in der sonst üblichen Form dieses Vertrauen bekräftigt wird.

Ich möchte diesen Brief nicht schließen, ohne des schweren Verlustes zu gedenken, den die bayerische Aertzeschaft in den letzten Wochen durch den Tod zweier hochverehrter Kollegen, die auch als feine Menschen und durch und durch noble Charaktere die größte Hochachtung in allen ärztlichen Kreisen genossen, erlitten hat. Hofrat Schmidt (Reichenhall) und Generalarzt a. D. Seggel haben beide, besonders durch ihre erfolgreiche Tätigkeit im Interesse unserer Jugend, unvergängliche Verdienste und den ehrlichen Dank der Nachwelt verdient. Der erstere durch seine Heilstätte für arme skrofulöse Kinder und der letztere durch seine bahnbrechenden Untersuchungen über das Sehvermögen der Schulkinder. Beide waren Männer, die unserem Stande zur größten Zierde gereichten und uns Epigonen als leuchtende Beispiele vor Augen bleiben werden.

Hoeflmayer.

Brief aus Holland.

Ein neuer **Krankenkassengesetzentwurf** in Aussicht! Und zwar einer, der den Wünschen der Aerzte völlig entspricht und sich von der bisherigen Schablone solcher Gesetze gründlich unterscheidet. Der Gewerbeamminister hat im Abgeordnetenhaus mitgeteilt, daß seiner Meinung nach die Krankenversicherung in zwei grundverschiedene Teile zerfällt: die Behandlung der Kranken und die Geldentschädigung. Erstere ist den örtlichen, zum Teil schon bestehenden Vereinen und Einrichtungen zu überlassen; nur soll deren Tätigkeit vom Staat kontrolliert werden. Letztere soll vom Staate organisiert werden, und zwar so, daß die Beteiligten tunlichst die Sache selbst regeln und der Staat nur im Notfall eingreift. So ist nur die Versicherung für Krankengeld obligatorisch, dagegen steht es jedem frei, wie er sich ärztliche Hilfe verschaffen will. Die Krankenkassen sind in ihren Vereinbarungen mit den Aerzten ganz und gar unabhängig von den Forderungen der Krankengeldauszahlung, und die Aerzte können selbst die ärztliche Hilfe organisieren. Ihr Wunsch, daß die Krankenbehandlung und die Krankengeldversicherung bei den neu zu errichtenden Kassen administrativ geschieden werden möchten („Scheidung von Geld und Körper“), ist vom jetzigen Minister noch übertroffen worden. Leider stehen wieder allgemeine Wahlen bevor, und es ist fraglich, ob das Ministerium diese überlebt. Immerhin sind jetzt einflußreiche Vereine für die Frage interessiert, und das an sich berechtigte System wird sich auch den Nachfolgern des Ministers empfehlen.

Ebenso abhängig von den Wahlen ist die Verwirklichung der Absicht des Justizministers, der erschreckenden **Ausbreitung des kriminellen Abortes** entgegenzutreten. Dieser ist hierzulande zu einer Kalamität geworden. Im Auftrage des Gynäkologischen Vereins haben Prof. H. Treub und Fr. Dr. C. van Tussenbroek sich nach dem Vorkommen von Erkrankungen im Anschluß an Abort bei den Kliniken erkundigt. Es wurden als kriminell nur aufgezeichnet die Fälle, wo die Frauen die Tat eingestanden, dagegen nicht solche, wo die Krankheitserscheinungen Verdacht erweckten. Von 1901 bis 1907 stieg die Zahl der eingestandenen Fälle von 20 bis 84 im Jahre. Jedoch stieg auch die Zahl der behandelten Fehlgeburten regelmäßig. In den Kliniken beträgt sie jetzt im Jahre rund 400, die fast alle verdächtig sind. Die meisten sind auch unverheiratet (ein Kind von 14 Jahren sowie ein 17-jähr-

riges mit ihrem dritten Abortus criminalis). Von den Unverheirateten geben 60% den kriminellen Eingriff zu, von den Verheirateten 6,5%. Viele von den nulliparen Frauen hatten schon siebenmal kriminell abortiert. Meist wurden zu dem Eingriff Bougies verwandt. Unter den 408 Fällen (in sieben Jahren) von eingestandenem Abortus criminalis sind 16 Todesfälle vorgekommen (in der Praxis von 30 Aerzten in Rotterdam in einem Jahre 19!). 106 weitere Frauen erkrankten schwer und erforderten im Durchschnitt 65 Tage Krankenhauspflege, 15 wurden ungeheilt entlassen. Ein Mädchen wurde ermordet, das garnicht schwanger war. Eine Frau starb nach zehnjähriger Ehe. Anfänglich hatte sie zwei Kinder, dann kränkelte sie fortwährend infolge sieben krimineller Aborte. Von den Mörderinnen wird fast nie eine gerichtlich verfolgt. Die holländische Jurisprudenz fordert zu einer Verurteilung den nie zu liefernden Beweis, daß die Frucht gelebt hat. Man will darum auch jede Raterteilung an eine Frau, die sich ihrer Frucht entledigen lassen will, bestrafen. Auch soll die öffentliche Feilbietung der Mittel zum Präventiv-Geschlechtsverkehr verboten werden. Denn auch Prof. Treub und Dr. v. Tussenbroek sehen in der unterschiedslosen Anwendung der Präventivmittel eine der Ursachen des besprochenen Uebels, weil diese öfters ihre Wirkung versagen und dann zum Abortus gegriffen wird. Sie warnen die Aerzte vor einer leichtsinnigen Aussage, daß eine Frau nicht mehr Kinder bekommen soll. Der Gemeinderat zu Amsterdam hat auch jüngst die öffentliche Ausstellung, Feilbietung und Ankündigung von Präventivmitteln polizeilich verboten.

In erfreulichem Gegensatz zu diesen Zeichen des Volksselbstmordes stehen die Bestrebungen zur Puerikultur. Hierzu gehört u. a. die Stiftung des Vereins zur Förderung der Milchkunde für Pädiater und andere Aerzte, Tierärzte, Chemiker, Bakteriologen und Milchtechniker. Sie wird nicht nur das Studium der Milchkunde unterstützen, sondern auch praktische Ergebnisse publizieren zum Nutzen der Bevölkerung und der Obrigkeit.

Auch ist die Fruchtabtreibung noch nicht so allgemein, daß die Geburtshilfe überflüssig geworden wäre, und in der Jahresversammlung der **Niederländischen Gesellschaft zur Förderung der Heilkunde** wurde den geburtshilflichen Vorträgen warmes Interesse entgegengebracht. Einer der Vortragenden besprach die von Deutschland aus empfohlenen Ratschläge zur Verkürzung der absoluten Ruhe im Wochenbett. Ein anderer, Dr. Jonges, hat eine Anzahl Frauen in der von Samuel empfohlenen Haltung entbunden: nämlich senkrechte Erhebung und Spreizung der Beine mit gestreckten Knien bei jeder Wehe, wenn der Austritt des Kopfes zögert. Es werden dabei, wie Jonges bewies, die Tubera Ischii voneinander entfernt und der Unterrand der Symphysis nach vorn gedreht. Es ist diese Haltung also ein Gegenstück der Walcherschen Haltung, wobei der Beckeneingang erweitert wird, während hier ein Gleiches mit dem Beckenausgang geschieht. Von vielen praktischen Aerzten ist die sehr einfache Methode angewendet worden, und von manchen wird berichtet, daß dadurch eine „Ausgangszange“ erspart wurde. Ich selbst sah bei einer V-para, die schon viermal mit Forceps entbunden worden, auf diese Weise ein Kind von 4,75 kg geboren werden.

In der medizinischen Sektion derselben Versammlung wurde u. a. von Dr. Schreve, Direktor des Städtischen Krankenhauses zu Rotterdam, einiges mitgeteilt über Typhusbehandlung. Er hat seit einiger Zeit die strenge dünnflüssige Diät bei Typhuskranken aufgegeben und ist damit sehr zufrieden. Er gibt gehacktes Fleisch, weichgekochte und zerhackte Gemüse, Kartoffeln, Erbsen, Reismehl, Zwieback, Obstmus etc. Auch rühmt er die Pyramidonbehandlung. Bei Anwendung von 1–200 mg Pyramidon steigend, wo nötig bis zwölfmal am Tage, sah er ohne ungünstige Nebenwirkungen völlige Euphorie eintreten, den Puls besser werden, das Sensorium sich aufklären. Das Pyramidon wird gegeben, bis das Fieber aufhört.

Unser Historiker Dr. C. E. Daniels hat einen interessanten Beitrag geliefert zur **Geschichte des Katheters**. J. B. van Helmont, der ärztliche Alchymist des 16. Jahrhunderts, hat in seinem „Dageraad oft Nieuwe Opkomst der Geneeskunst“ (Morgenrot der Heilkunde) beschrieben, daß er gesehen hatte, wie man den Harn abließ durch eine von einem silbernen Draht starr gehaltene silberne Röhre und daß dies sehr schmerzhaft ist, öfters mißlingt und bisweilen „viel Blut auszieht“. Da hat er gesucht, bis er etwas gefunden hatte, das leicht biegsam ist und schmerzlos eingeführt wird. Er nahm ein schmales Stück starker Leinwand und tauchte diese ein in geschmolzenen weißen Wachs. Die mit Wachs überzogene Leinwand bestreicht er mit Leinöl, das mit Bleioxyd aufgeköcht ist. Die derart gefirnigte Leinwand näht er um einen Kupferdraht mit einer flachen Naht. Dann wird die so gewonnene Röhre noch einmal gefirnigt, und als Mandrin nimmt man einen Draht von „Walfischbein“. Dieser Katheter läßt sich biegen „und ohne Schmerz hundert (sic!) Mal am Tage einführen“. Ist er nun durch den

Schließer hindurch in der Blase, so zieht man das Walfischbein heraus und setzt die Spritze an, „und so läßt man zur Blase hinaus oder herein was man will“. Pinkhof (Amsterdam).

Korrespondenzen.

Erwiderung auf die Kritik meiner „Gynäkologie“ durch Herrn Prof. J. Klein (Straßburg) in No. 9 dieser Wochenschrift.

Von Prof. Dr. Sigmund Gottschalk in Berlin.

So mißlich es ist, auf eine Kritik zu erwidern, so darf man doch nicht schweigen, wenn sie sich auf unrichtigen Behauptungen aufbaut.

Sachlich bemängelt der Herr Referent meine angeblich prinzipielle Bevorzugung des vaginalen Weges bei operativen Eingriffen. Wie steht es nun bezüglich der Berechtigung dieses Vorwurfs?

Bezüglich der operativen Behandlung der Uterusmyome sage ich (l. c., S. 192): Die vaginalen Myomotomien sind im allgemeinen weniger lebensgefährlich als die abdominalen. Es gibt aber Gegenanzeigen für den vaginalen Operationsweg: Läßt der untere Geschwulstpol sich nicht ins Becken hineindrücken und von unten her dem Gesichtssinn zugänglich machen, sitzt das Myom intraligamentär, hat es sich mehr nach vorn entwickelt, überragt der myomatöse Uterus den Nabel, so rate ich zur Laparomyotomie (l. c., S. 195). Desgleichen operiere ich abdominal, wenn dringender Wunsch auf Nachkommenschaft bei einer noch jungen Frau und die Möglichkeit, den Uterus zu erhalten, besteht (S. 193), sowie bei Kontraindikation für die Aethernarkose, weil die vaginalen Zerstückelungsoperationen länger dauern als die abdominale Operation und eine länger dauernde Chloroformnarkose schädlich wirken kann (S. 196).

Trotz ihrer längeren, bis zweistündigen — in einem Falle sogar fast dreistündigen — Dauer werden die vaginalen Zerstückelungsoperationen gut vertragen, „der Shock bleibt aus, den eine zweistündige Laparotomie so leicht zur Folge hat“ (S. 194).

Aus letzterem Nachsatz hat der Herr Referent konstruiert, ich hätte gesagt, „daß eine abdominale Myomoperation zwei (!) Stunden dauere“. Davon steht kein Wort in meinem Buche! Für den objektiven Leser ist es klar, daß hier nur die zweistündige vaginale mit der zweistündigen abdominalen Operation im allgemeinen bezüglich ihrer Rückwirkung auf das Herz verglichen werden soll, von einer Laparomyotomie ist dabei garnicht die Rede. Daß es aber Laparotomien von zweistündiger Dauer gibt, wird der Herr Referent füglich nicht bestreiten können.

2. Zur Operation des Collumkarzinoms empfehle ich die Laparotomie.

3. „Bei der Operation der Pyosalpinx muß die Operation per laparotomiam als die konservativere angesehen werden, weil dabei mit größerer Schonung unter Kontrolle des Auges vorgegangen werden kann.“ (S. 236.)

4. Bei Ruptur des ektopischen Fruchthalters, beim tubaren Abort mit starker innerer Blutung, bei noch im Wachsen begriffener extrauteriner Schwangerschaft ist „die Laparotomie die Operation der Wahl“ —; ich spreche mich hierbei direkt gegen das vaginale Vorgehen aus. (S. 251 u. 252.)

5. „Bei Ovarialtumoren ist die Laparotomie mittels „medianen Längsschnittes im allgemeinen die geeignetste Methode.“ (S. 290.)

6. Bei chronischen pelveoperitonitischen Verwachsungen, bei Darmverwachsungen ist die Laparotomie vorzuziehen.“ (S. 313.)

Sapientia sat! Wie sorgfältig muß der Herr Referent mein Buch gelesen haben, wenn er mir danach eine prinzipielle Bevorzugung des vaginalen Operationsverfahrens vorwirft!

Genau so verhält es sich mit der Behauptung des Herrn Referenten, ich hätte die Pearsonschen Chinininjektionen in die Ligglata bei Prolaps empfohlen, die ich nie geübt habe. Tatsächlich erwähne ich sie nur ganz nebenbei — nicht etwa bei der Besprechung der Behandlung; daraus macht der Herr Referent eine „Empfehlung“.

Der Herr Referent wirft ferner die Frage auf: „Wer macht heutzutage die Unterbindung der Vasa uterina bei Myomen?“ Nun, kein Geringerer als R. Olshausen sagt in seiner neuesten großen Arbeit im Handbuch der Gynäkologie 1907, II. Auflage, I. Bd., S. 765 über diese Operation folgendes: „Wir glauben, daß diese Operation bisher lange nicht die Anerkennung gefunden hat, welche sie verdient. Ihre große Einfachheit und Ungefährlichkeit empfiehlt sie für solche Fälle, in welchen man eingreifende Myomoperationen wegen des Zustandes der Kranken vermeiden will, oder wo die Kranken sich zur radikalen Operation nicht verstehen. Doch müssen die Fälle richtig ausgewählt sein. In dieser Hinsicht befolge man die von Gottschalk gegebenen Regeln.“ . . . Mit