

leichter Mühe festgestellt, dass sie eine dieser Fragen nicht richtig beantwortet haben, und auf Grund dieser Tatsache wird ihnen jede Entschädigung versagt. Da sie selbst gewöhnlich unbemittelt sind, kommt natürlich auch der behandelnde Arzt um sein Honorar. Einen dunklen Punkt bilden bei dem Treiben dieser Art von Krankenkassen ihre sogenannten Vertrauensärzte, die eigentlich nur die Aufgabe haben, die falsch beantworteten Fragen des Aufnahmeformulars herauszufinden. Manche Aerzte haben, nachdem sie die Natur dieser Einrichtungen erkannt haben, ihr Amt schleunigst niedergelegt; für andere weniger skrupulöse wird die öffentliche Diskussion der Angelegenheit eine wohlthätige Warnung sein. Und die Aerzte, welche zur Behandlung dieser Kassenmitglieder aufgefordert werden, sind darüber informiert, dass sie für ihre ärztlichen Bemühungen von der Kasse selbst kaum eine Entschädigung zu erwarten haben. Wohin die Beiträge fließen, darüber kann man sich ein Bild machen, wenn man erfährt, dass für „Verwaltungskosten“ 40—90 Proz. der Einnahmen verausgabt werden, während sie bei ordnungsmässig geleiteten Kassen 10—12 Proz. betragen. Es war nötig, in dieses Treiben einmal hineinzuleuchten, damit die Aufsichtsbehörde Mittel und Wege findet, es zu verhindern. M. K.

## Vereins- und Kongressberichte.

### Altonaer-Aerztlicher Verein.

(Offizielles Protokoll.)

Sitzung vom 29. März 1911.

Vorsitzender: Herr Henop.

Schriftführer: Herr Felgner.

Herr **Fischer** zeigt die Röntgenbilder einer **Schussverletzung des linken kleinen Fingers**. Die Revolverkugel hatte fast 4 Monate vor der gebrochenen, nicht geheilten I. Phalanx gelegen und erhebliche krankhafte Störungen veranlasst. Der Verletzte suchte erst nach  $\frac{1}{4}$  Jahr ärztliche Hilfe nach, weil er bestimmt glaubte, die Kugel sei nicht in den Finger, sondern in eine Wand eingedrungen.

Herr **Hueter** demonstriert **pathologisch-anatomische Präparate**.

Herr **M. Frank** referiert über die **Thornsche Denkschrift, betreffend Festsetzung gesetzlicher Bestimmungen bei Einleitung des künstlichen Abortus**. Er hält eine starke Zunahme des kriminellen Abortus für zweifellos und erörtert die verschiedenen Vorschläge zu seiner Bekämpfung. Demgegenüber sei die ärztliche Ausführung des künstlichen Abortus gesetzlich nicht sicher geschützt. Der § 67 des Vorentwurfs gewähre den Kurpfuschern Schutz, für das ärztliche Handeln sei er zu eng gefasst, da er nur von einer „gegenwärtigen“ Gefahr spricht. Der Thornsche Petition an den Reichstag stimmt Referent nur soweit zu, als sie die Straflosigkeit des Arztes in Ausübung seines Berufes fordert. In der verlangten Zuziehung eines zweiten Arztes erblickt er ein Misstrauensvotum gegen den ärztlichen Stand und eine zu grosse Erschwerung für den Landarzt. Ebenso sieht er in der Forderung, dem Medizinalkollegium ein Protokoll zu übermitteln, eine schwere Kontrolle des ärztlichen Standes. Von den Behörden sei auch bisher schon vor Erhebung einer Anklage ein sachverständiges Gutachten eingeholt.

Herr **Cimbal** betont, dass die wissenschaftlichen Veröffentlichungen gerade über nervöse und psychotische Indikationen bisher keine Uebereinstimmung erkennen liessen. Weder sei eine Bevormundung durch die vorgeschlagene Kontrolle wünschenswert, noch sichere die geforderte Begründung dem Obergutachter ein Urteil, wenn dieser den Fall und den Gutachter nicht kenne. Eher könnten noch die Aertztekammern als geeignet für die Entscheidung gelten, ob ein Arzt bei Einleitung der künstlichen Frühgeburt gewissenhaft vorgehe.

Herr **Henop** begrüsst in der Vorlage die Feststellung, dass nur Aerzten die Einleitung des künstlichen Abortus zustehe und dass eine dauernde Bestimmung der Indikationen unmöglich sei. Die Zuziehung eines zweiten Arztes sei schon wünschenswert, diese schützt den einzelnen Arzt gegen Beeinflussung durch gewisse hypermoderne Forderungen seitens des Publikums; allgemein durchführbar sei sie vielleicht nicht. Dagegen hält er die Niederlegung eines kurzformulierten Berichtes bei dem Medizinalkollegium oder bei der Aertztekammer zwecks Aufbewahrung, nicht zur Kritik, für ein Vorbeugungsmittel gegen spätere Verdächtigungen des Arztes und kann in ihr keine Beschränkung der ärztlichen Berufsfreiheit erkennen.

### Berliner medizinische Gesellschaft.

(Siehe auf Seite 1217.)

### Medizinische Gesellschaft zu Chemnitz.

(Offizielles Protokoll.)

Sitzung vom 25. Januar 1911.

Herr **Reichel**: Zur Behandlung der Spätformen der ektopischen Schwangerschaft.

Nachdem Vortr. in grossen Zügen die Pathologie und Therapie der ektopischen Schwangerschaft geschildert und unter Anführung von Beispielen und Demonstrationen einer grossen Anzahl einschlägiger Präparate insbesondere auf die Symptomatologie und Behandlung der

Tubenruptur und des Tubenabortes eingegangen war, berichtet er über folgenden von ihm beobachteten und operierten Fall von Extrauterin-schwangerschaft am Ende der Gravidität.

Am 3. XI. 1910 wurde die 29 Jahre alte Ehefrau Klara M. aus Burgstädt wegen Eklampsie ins hiesige Stadt Krankenhaus aufgenommen. Ueber die Vorgeschichte machten der Ehemann und später, nach Heilung, die Patientin folgende Angaben: Mit 21 Jahren wurde sie von einem gesunden ausgetragenen Kinde entbunden; 1 Jahr später erkrankte sie mit Schmerzen im Unterleib und Ausfluss, welche ca.  $\frac{1}{4}$  Jahr anhielten. Die Periode war seitdem regelmässig alle 4 Wochen ohne besondere Beschwerden. Die letzte Regel bestand vom 4. bis 7. II. 1910; dann fühlte sich Patientin schwanger. Das erste Vierteljahr der Schwangerschaft verlief ohne Störung. Im 4. Schwangerschaftsmonat bekam Patientin plötzlich heftige Schmerzen im Leibe und häufiges Erbrechen, so dass sie ohnmächtig wurde; zugleich begann eine geringe Blutung, welche zunächst etwa 1 Woche anhielt. Während der folgenden 3 Monate wiederholten sich mit höchstens wochenlangen Unterbrechungen die meist heftigen krampfartigen Schmerzanfälle immer wieder. Dabei bestand während dieser ganzen Zeit fast unstillbares Erbrechen. 3 Wochen nach der ersten Blutung setzte eine neue Blutung ein, die nur zeitweise unterbrochen, in geringem Grade dieses Vierteljahr hindurch fortbestand. Die Frau kam dabei in ihrem Kräftezustand ausserordentlich herunter. Der während der Zeit zweimal zu Rate gezogene Arzt nahm zunächst Gallensteine, späterhin eine bevorstehende Fehlgeburt an, und verhielt sich abwartend. In den letzten 3 Monaten war dann die Patientin völlig beschwerdefrei geblieben und erholte sich wieder. Erst 4 Tage vor ihrer Ueberführung ins Krankenhaus setzten von neuem Schmerzanfälle, und zwar diesmal wehenartig ein; auch Ohnmachtsanfälle traten wieder auf. Seit dem Mittag des 3. XI. traten Krampfanfälle mit Bewusstseinsverlust auf. Während Patientin zwischen den ersten Anfällen immer wieder klar wurde, blieb sie in den Nachmittagsstunden ohne Besinnung. Der hinzugerufene Arzt machte 3 Morphiumeinspritzungen, wonach die Anfälle seltener wurden, versuchte vergeblich eine Bongie zur Einleitung der Geburt in die Gebärmutter einzuführen und schickte die Kranke zur Entbindung ins Krankenhaus. Bis zur Aufnahme in letzteres, 11 Uhr nachts, waren 24 Krampfanfälle beobachtet worden. Fruchtwasser bisher nicht abgeflossen.

Der nach der Aufnahme von Herrn Assistenzarzt Dr. Koch erhobene Befund lautet folgendermassen:

Ziemlich kleine, etwas schwächlich gebaute Frau in leidlich gutem Ernährungszustand, befindet sich in tiefem Koma. Die Atmung ist ruhig. Es besteht mässige Zyanose. Der Puls ist leidlich gefüllt, etwas gespannt, regelmässig, macht 120 Schläge in der Minute. Die Temperatur beträgt 37,3. Die Untersuchung der Brustorgane ergab normalen Befund. An den Unterschenkeln bemerkte man Spuren von Oedemen.

Der Leib ist stark vorgewölbt, entsprechend nach Form und Umfang einer Schwangerschaft im 10. Monate. Die Bauchdecken sind sehr gespannt und gestatten keine genaue Abtastung. Es gelingt nicht, die Gebärmutter deutlich abzugrenzen. Ebensovienig konnte man die Kindeslage genau bestimmen. In oder auf dem Beckeneingang ist ein kindlicher Kopf nicht fühlbar. Kleinere härtere Teile fühlt man rechts und links anscheinend ziemlich dicht unter den Bauchdecken. Kindliche Herztöne sind dicht am Nabel hörbar, kräftig, ca. 140 pro Minute.

Die Portio steht hoch, ist aufgelockert. In den äusseren Gebärmuttermund dringt die Fingerkuppe eben ein. Der innere Muttermund ist geschlossen. Das kleine Becken ist leer. Oberhalb desselben fühlt man im Anschluss an die Portio eine teils pralle, teils weiche, kugelige Geschwulst, welche als schwangerer Uterus imponiert. Nach rechts vorn fühlt man dicht an die Portio anschliessend eine derbere Masse, die als kindlicher Steiss angesprochen wird. Andere Kindesteile lassen sich nicht abtasten. Das Becken ist nicht verengt; das Promontorium ist eben erreichbar.

Während der Aufnahme der Patientin wurde ein kurzdauernder, typischer, eklamptischer Anfall mit tiefer Zyanose und Störung der Atmung beobachtet.

In Anbetracht der Schwere der Erkrankung an Eklampsie entschloss sich Vortr., ohne selbst vorher noch eine innere Untersuchung vorzunehmen, zur sofortigen Laparotomie in Chloroformnarkose.

Medianschnitt von der Symphyse bis handbreit oberhalb des Nabels. Die Bauchdecken waren sehr dünn. Aus der eröffneten Bauchhöhle floss etwas vermehrte, klare Flüssigkeit. Der vorliegende Fruchtsack zeigte an seiner vorderen Wand eine auffällig gelbliche Verfärbung. Er war ringsum mit dem Netz und Darmschlingen, zum Teil auch mit der vorderen Bauchwand verwachsen und ausserordentlich dünnwandig. Rasch wurde ein Längsschnitt durch die Vorderwand des Fruchtsackes geführt, die nur 3 mm dick war. Der Schnitt blutete fast gar nicht. Rasche Entwicklung der Frucht und Abnabelung. Jetzt erkannte man mit Sicherheit, dass der Fruchtsack nicht von der Gebärmutter gebildet wurde, sondern dass es sich um eine Abdominalschwangerschaft handelte. Der Fruchtsack wurde vorsichtig unter zum grossen Teile stumpfer, zum andern Teile scharfer Durchtrennung der massenhaften, strang- und flächenhaften Verwachsungen aus der Umgebung gelöst. Die Blutung wurde dabei sofort durch Massenligaturen, Umstechungen und Tamponade sorgfältig gestillt. Der Fruchtsack reichte tief ins Becken hinein. Die Plazenta sass breit an der hinteren Wand auf. Der etwa faustgrosse Uteruskörper lag nach vorn unten gedrängt, ebenfalls in Adhäsionen eingebettet. Auf eine