

# **Badische Landesbibliothek Karlsruhe**

**Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe**

## **Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden. 1857-1933 1904**

2 (31.1.1904)

# Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden.

Erscheinen 2 mal monatlich.

Anzeigen:  
20 Pfg. die einspaltige Petitzelle,  
mit Rabatt bei Wiederholungen.

Beilagen:  
Preis je nach Umfang.

Einzelne Nummern:  
20 Pfg. inkl. freier Zustellung.

Begründet von Dr. Rob. Volz.

Schriftleitung: Dr. Bongartz in Karlsruhe.  
Verlag, Druck und Expedition: Malsch & Vogel in Karlsruhe.

Jahres-Abonnement:  
4 Mk. 75 Pfg.  
exkl. Postgebühren.

Für Mitglieder der badischen  
ärztlichen Landesvereine,  
welche von Vereinswegen  
für sämtliche Mitglieder  
abonnieren,  
— 3 Mk. —  
inkl. freier Zustellung.

LVIII. Jahrgang.

Karlsruhe

31. Januar 1904.

## Amtliches.

Ministerium des Innern.

Karlsruhe, den 17. Dezember 1903.

Nr. 49 416.

### Den Postverkehr der Bezirksärzte mit den praktischen Ärzten betreffend.

An Grossherzoglichen Bezirksarzt in Bretten.

Der Portoaufwand für die Weitersendung beziehungsweise Rücksendung der vom Bezirksarzt an die praktischen Ärzte seines Bezirks ergehenden Rundschreiben ist von der Staatskasse zu tragen. Die Entlastung der Ärzte von derartigen Portoaufwendungen kann auf zweierlei Art geschehen: entweder sendet der Arzt das Schriftstück als »Portopflichtige Dienstsache« mit der Aufschrift »I. E. e. D.« (d. i. in Ermangelung eines Dienstsiegels) » . . . prakt. Arzt« unfrankiert an den Bezirksarzt zurück oder aber der Bezirksarzt leert bei der Absendung des Rundschreibens eine entsprechende Anzahl mit Adresse versehener Umschläge bei. Letzterer Weg ist mehr zu empfehlen, weil das Rundschreiben dann nicht immer wieder an den Bezirksarzt zurückgehen und von diesem wieder zur Post gegeben werden muss, sondern unmittelbar von Arzt zu Arzt laufen kann; die Verwendung des Aversumstempels an Stelle der Freimarke auf den Umschlägen ist dabei — wie wir noch ausdrücklich bemerken wollen — nicht statthaft.

II. Nachricht hiervon den übrigen Grossherzoglichen Bezirksärzten.

Schenkel. Hollerbach.

Karlsruhe, den 23. Dezember 1903.

Nr. 44396.

### Die Jahresberichte der Grossherzoglichen Bezirksärzte betreffend.

An die Grossherzoglichen Bezirksärzte.

Der nach § 36 der Dienstweisung für die Bezirksärzte vom 1. Januar 1886 bis zum 1. April 1904 dem Bezirksamt vorzulegende Jahresbericht für die Jahre 1902

und 1903 ist nach dem durch Erlass vom 19. Dezember 1901 Nr. 47 458 bestimmten Schema zu bearbeiten und behufs rechtzeitiger Fertigstellung alsbald in Angriff zu nehmen.

Die erforderlichen Formulare werden den Grossherzoglichen Bezirksärzten von Grossherzoglich Statistischem Landesamt unmittelbar zugehen; dieselben haben nach Inhalt und Zahl einige Änderungen erfahren, welche sorgsamer Beachtung bedürfen. Im einzelnen machen wir auf folgendes aufmerksam:

1. Das Formular B (Statistik der Tuberkulösen) ist von dem Bezirksarzt künftighin lediglich an die in seinem Bezirk ansässigen, nicht auch an die in anderen Amtsbezirken wohnhaften, aber im Bezirk Praxis ausübenden Ärzte zu versenden; in demselben sind seitens der praktischen Ärzte alle am 31. Dezember 1903 in ihrer Behandlung stehenden Tuberkulösen zu verzeichnen, auch soweit dieselben ausserhalb des Amtsbezirks wohnhaft sind.
2. Die am 31. Dezember d. J. in Lungenheilstätten, allgemeinen Krankenhäusern, Sanatorien und dergleichen untergebrachten Tuberkulösen sind von den betreffenden Anstaltsärzten ebenfalls im Formular B einzutragen, wobei auf die Abstammung (Heimat) der Kranken keine Rücksicht zu nehmen ist; in gleicher Weise sind die Erhebungen bezüglich der Garnisonlazarette durchzuführen.
3. Die Statistik der Geisteskranken (bisheriges Formular G) kommt in Wegfall. Als Ersatz dafür ist im Text des Jahresberichts lediglich über die Zahl der in der Berichtsperiode im Bezirk vorgekommenen Aufnahmen von Geisteskranken in öffentliche und private Anstalten, bei denen der Bezirksarzt gemäss § 1 Ziffer 1 Absatz 4 der landesherrlichen Verordnung vom 3. Oktober 1895 (Gesetzes- und Verordnungsblatt Seite 367) mitzuwirken hatte, sowie über die hierbei gemachten besonderen Wahrnehmungen zu berichten.
4. In den Formularen G und H (seither H und J) ist nunmehr die namentliche Aufzählung der im Bezirk vorhandenen Ärzte und Apotheker angeordnet.

Schenkel. Hollerbach.



Karlsruhe, den 30. Dezember 1903.

Nr. 259.

### Die freiwillige Krankenpflege im Kriege betreffend.

An die Grossherzoglichen Herren Bezirksärzte.

Der Vorstand des badischen Landesvereins vom Roten Kreuz wird künftighin zur Beseitigung hervorgetretener Zweifel und um klarzustellen, dass im Falle der Beteiligung des Vorsitzenden des Landesvereins oder dessen Stellvertreters bei den öffentlichen Schlussprüfungen der Sanitätskolonnen diesem die Leitung der Prüfung zukommt, die Grossherzoglichen Herren Bezirksärzte nicht, wie im Erlass des Grossherzoglichen Ministeriums des Innern vom 9. Februar 1903 Nr. 5673 gesagt ist, zur Abnahme der Prüfung, sondern zur sachverständigen Beurteilung der Leistungen der betreffenden Kolonne einladen.

Hiervon gebe ich den Grossherzoglichen Herren Bezirksärzten mit dem Anfügen Kenntnis, dass der Vorstand des badischen Landesvereins vom Roten Kreuz in der Absicht, die Grossherzoglichen Herren Bezirksärzte zur Abgabe einer sachgemässen Begutachtung in den Stand zu setzen, sich bereit erklärt hat, den Grossherzoglichen Bezirksärzten die hierzu erforderlichen Vorschriften, nämlich:

1. die freiwillige Krankenpflege, Teil VI der Kriegs-Sanitäts-Ordnung;
2. Unterrichtsbuch für freiwillige Krankenpfleger (amtliche Ausgabe);
3. Leitfaden für die Sanitätskolonne von Rühlemann und
4. Anleitung zu ärztlichen Improvisationsarbeiten auf Verlangen unentgeltlich zur Verfügung zu stellen.

Ich ersuche diejenigen Herren Bezirksärzte, welche auf die Überlassung dieses Materials Wert legen, sich hierwegen unmittelbar an den genannten Vorstand wenden zu wollen.

Schenkel.

### Verein Karlsruher Ärzte.

Sitzung vom 4. November 1903.

Herr Professor Dr. von Beck: „Chirurgische Mitteilungen“.  
(Schluss.)

In den letzten Jahren wurde in 30 Fällen von Gangrän der Gallenblase operativ eingegriffen, 22 gingen in Heilung aus, 8 starben. Die Gangrän war nur auf die Gallenblasenschleimhaut beschränkt in 8 Fällen, hier genügte die Cholecystotomie. Ausräumung der Gallenblase von Eiter und Steinen und Anlegung der Gallenblasenfistel; bei diesen Fällen kein Todesfall. In 8 Fällen war die Gesamtwandung der Gallenblase gangränös und erheischte der Krankheitsprozess die Cholecystektomie, davon sind 3 Fälle gestorben an akuter septischer Fettleber. In 14 Fällen bestand neben der Gangrän der Gallenblase noch Cholangitis purulenta, bei welcher neben der Gallenblasenexstirpation die Cholodochotomie und Choledochusdrainage ausgeführt

wurde. Fünf dieser Fälle erlagen der Erkrankung und zeigten bei der Obduktion Hunderte von kleinen Abscessen im Leberparenchym. 28 Fälle waren mit Cholelithias verbunden, in 26 Fällen Einklemmung von Steinen im Ductus cysticus; 2 Fälle zeigten akute gangränöse Cholecystitis ohne Steinbildung bei jugendlichen Personen im Anschluss an akute Gastroenteritis. Unter den 30 Erkrankten waren 25 weibliche, 5 männliche Personen. Die beiden Fälle von Cholecystitis acuta ohne Steinbildung hatten früher nie Beschwerden von seiten der Gallenblase gehabt, während in der Anamnese der anderen 28 Fälle früher mehr oder weniger häufig Gallensteinkoliken vorhanden waren.

Die Erkrankung der Gangrän trat bei allen Fällen plötzlich auf unter heftigen Schmerzen in der Magen- und Gallenblasengegend mit Ausstrahlung in die rechte Lumbalgegend und besonders nach der Coecalgegend, meist hohes Fieber, Erbrechen, dann nach 2 Tagen wieder Erleichterung, bis am 4. bis 5. Tag stärkere Spannung im rechten Hypochondrium auftrat, in der Gallenblasengegend vermehrte Resistenz fühlbar wurde, das Fieber wieder anstieg und Ileuserscheinungen in den Vordergrund traten, die chirurgische Hilfe erbeischten.

Stets bestanden frische oder alte Verwachsungen mit dem Colon transversum, dreimal auch abgesackte Abscesse zwischen Colon transversum und Gallenblase nach Perforation ihrer gangränösen Wandung, zweimal infolge der Perforation diffuse eitrige Peritonitis, wovon 1 Fall operativ geheilt wurde. In 2 Fällen war der Verlauf durch subphrenischen Abscess kompliziert, in 12 Fällen von rechtsseitiger Pleuritis.

Diese Komplikation mit subphrenischem Abscess und mit Pleuritis dextr. sahen wir auch besonders häufig bei Perityphlitis gangränosa. Unter unseren 230 operativ behandelten Perityphlitisfällen befanden sich 111 Fälle von Gangrän des Proc. vermif., 83 waren kompliziert mit diffuser eitriger Peritonitis, 37 Fälle starben.

Im Verlauf der Erkrankung nach Operation traten bei 6 Fällen von 111 Kranken noch rechtsseitiger subphrenischer Abscess auf und in 26 Fällen rechtsseitige Pleuritis.

Subphrenischer Abscess sowohl wie auch Pleuritis waren Folgen der Fortsetzung der Wurmfortsatzentzündungsvorgänge auf die Lymphbahnen und entlang dieser auf den peritonealen Überzug der Leber, auf die peritoneale Fläche des Zwerchfelles und durch das Zwerchfell auf die pleurale Fläche desselben und die pleurale Auskleidung der Brusthöhle rechts. Das pleurale Exsudat war bei 3 Fällen ebenfalls eitrig, enthielt Colibakterien, bei anderen Fällen hämorrhagisch serös.

Beweisend für das Fortschreiten der Entzündungsprozesse von der Bauchhöhle durch das Zwerchfell in die Brusthöhle auf dem Wege der Lymphbahnen und umgekehrt, Übergreifen von pleuralen Affektionen auf die peritoneale Auskleidung der Bauchhöhle sind die Untersuchungen Küttners in Tübingen über die Lymphgefässe des Zwerchfelles und dessen Nachweis von dem ausgedehnten Bestehen von Anastomosen zwischen den Lymphgefässen der pleuralen und peritonealen Zwerchfellfläche, sowie über Lymphgefässe, die das Zwerchfell perforieren. Küttner hat gefunden durch Injektion der



Lymphbahnen des Zwerchfelles an 21 Kindsleichen, dass sowohl der pleurale wie der peritoneale Überzug des Zwerchfells ausserordentlich reich sind an Lymphgefässen, dass die Wurzelgeflechte des parietalen Peritoneums und Pleurablattes mit den Lymphbahnen der Zwerchfelloserosa in ständiger Verbindung stehen, dass im Zwerchfell zahlreiche Lymphgefässe das Zwerchfell durchbohren, sowohl vom Peritoneum zur Pleura als auch umgekehrt von dem Brustraum zur Bauchhöhle; dass die Leber in sehr enger Lymphgefässverbindung mit dem Zwerchfell steht und bin Teil der Leberlymphbahnen nach Durchbohrung des Zwerchfelles in Lymphdrüsen der Fossa supraclavicularis münden, besonders auf der linken Seite.

Klinische Belege für das Übergreifen peritonealer Entzündungen auf die Pleura habe ich oben schon gebracht, ich möchte aber jetzt solche hinzufügen für die Überwanderung pleuraler Entzündungen auf die Seiten der Peritonealhöhle.

H. C., 12 Jahre. Mitte Juni 1903 angeblich an Influenza erkrankt, Fieber, Abgeschlagensein, etwas Husten, unter starker Abmagerung bildete sich ein septischer Zustand aus innerhalb 2 Wochen.

1. Juli 1903 Krankenhausaufnahme. Die Untersuchung ergibt R. H. U. eine Pneumonie im Lösungsstadium, handbreite Exsudatzone im rechten Pleuraraum, Tiefstand der Leber, welche auf Druck von unten nach oben auffallend schmerzhaft ist. Von Seiten des Darmes besonders des Coecums keine Beschwerden, Körpertemperatur 38.5, Puls klein, septische Zunge, Eiweiss im Urin.

Diagnose: Postpneumonisches rechtsseitiges Empyem des Thorax und Verdacht auf subphrenischen Abscess.

2. Juli 1903 Operation. Resektion der 7. Rippe Axillarlinie, Thorakotomie, Entleerung von 1 Liter jauchigen Eiters, Zwerchfellkuppe stark infiziert, granulierend, eine Perforationsöffnung nirgends nachweisbar. Der mediale Abschnitt des Zwerchfells stark thorakal vorgewölbt. Probepunktion durch das Zwerchfell ergibt Eiter, Incision des Zwerchfells und Entleerung eines faustgrossen subphrenischen Abscesses, welcher unter dem medialen Abschnitt der rechten Zwerchfellkuppe gelegen ist. Eiter enthält Diplokokken.

Trotz Abfallens der Temperatur nach der Operation bleibt der septische Zustand bestehen. Am 4. Juli plötzlich Tod an Herzinsuffizienz.

Obduktion ergibt: Pneumonie des rechten Unterlappens mit beginnender Gangrän, purulente Pleuritis rechts, Infiltration des Zwerchfells, subphrenischer Abscess und retroperitoneal hinter der Leber in der Höhe der 12. Rippe, 4 Finger breit ausserhalb der Wirbelsäule ein kleiner apfelgrosser zweiter Abscess; Lunge, Eiter des Empyems subphrenischen und retroperitonealen Abscesses, Lymphbahnen des Zwerchfelles enthalten alle mikroskopisch Diplokokken, Zwerchfell in seinem Lymphbahnsystem wie injiziert mit Eiter, stark kleinzellig infiltriert.

Es bestand also eine ausgesprochene Lymphangitis des Diaphragmas nach postpneumonischen Empyem mit Bildung eines subphrenischen Abscesses ohne Perforation des Zwerchfelles nur durch Vermittlung der Lymphgefässe des Zwerchfelles. Auch der 2. Abscess entwickelte sich gerade in dem retroperitonealen Bezirk

des Zwerchfelles, in welchem die Küttnersche Untersuchung die meisten von der Pleura zum Bauchraum durchtretenden Lymphgefässe nachgewiesen hat.

Ein zweiter Fall zeigt das Auftreten von Peritonitis im Gefolge entzündlicher Prozesse des Thoraxinneren.

L. M., 7 Jahre, erkrankte plötzlich unter heftigem Fieber, Kopfschmerzen und Erbrechen, Tags darauf wegen schwer benommenem Zustand Meteorismus und Erbrechen Aufnahme in das städtische Krankenhaus.

Untersuchung ergab: Leib sehr druckempfindlich, besonders Coecalgegend, abhängige Leibespartien, verkürzter Perkussionschall, Temperatur 40.2, septischer Zustand, R. H. U. Pneumonie; Diagnose, Verdacht auf Perityphlitis gangränosa mit Peritonitis.

Operation: rechtsseitiger Bauchschnitt, Freilegung des Coecum und Wurmfortsatzes, Coecum und Colon ascendens stark hyperämisch, Wurmfortsatz etwas gerötet, nicht geschwollen, frei beweglich. Im Bauchraum reichlich serös hämorrhagische, stark eiweisshaltige Flüssigkeit, von welcher 200 ccm aufgefangen werden. Drainage des Bauchraumes. Nach der Operation Rückgang der peritonealen Erscheinungen, aber Fortbestehen des septischen Zustandes, dem das Kind nach Hinzutreten einer hämorrhagischen Nephritis nach 3 Tagen erliegt.

Obduktion ergab: Pneumonie im rechten Unterlappen, die Unterfläche der Lunge und die Kuppe der rechten Zwerchfellhälfte sind mit dickem, fibrinös eitrigem Belag versehen. Die Unterfläche des Zwerchfelles ist hochgradig hyperämisch, die Gefässe sind erweitert, zum Teil wie mit Eiterfäden durchzogen; die Leberoberfläche, das Peritoneum, das Colon ascendens und Coecum sind stark injiziert. Die Darmschleimhaut ist überall gesund, der Wurmfortsatz nicht erkrankt.

Die mikroskopische Untersuchung der fibrinös eitrigem Beläge des Zwerchfelles ergibt Diplokokken, das Zwerchfell selbst ist hochgradig kleinzellig infiltriert, seine Lymphbahnen mit Bakterien gefüllt.

Hier war also die Pneumonie die primäre Erkrankung gewesen, sie hatte zu einer fibrinös eitrigem Entzündung der Lungenunterfläche und der Pleura diaphragmatica geführt. Auf dem Wege einer Lymphangitis des Zwerchfelles kam es dann per continuitatem zu einer serösen Peritonitis, und zwar fanden sich entsprechend dem rechtsseitigen Sitz der Lungenaffektion die Organe der rechten Bauchseite von der fortgeleiteten Entzündung am frühesten ergriffen. Die Symptome von seiten des Abdomens hatten so im Vordergrund gestanden, dass eine Perityphlitis gangränosa mit Peritonitis angenommen und zur Operation geschritten wurde.

Vier weitere solche Fälle von Peritonismus bei Lungenaffektion, und zwar alle bei Kindern im 2. bis 8. Lebensjahr habe ich dieses Jahr zu beobachten Gelegenheit gehabt, Fälle bei denen ich wegen den drohenden peritonealen Symptomen, die das ganze Krankheitsbild beherrschten, operationshalber zugezogen wurde. Alle diese Fälle waren plötzlich erkrankt mit Erbrechen, hohem Fieber, raschem Puls, nur wenig beschleunigter Atmung, starker Auftreibung des Leibes, diffuse Druckempfindlichkeit desselben, besonders in der rechten Bauchseite, vom Rectum aus keine Exsudatbildung in der Coecalgegend fühlbar, keine wesentliche Differenz der



rectalen Thermometrie gegenüber der axillaren. Über den Lungen nur wenig Erscheinungen, hie und da R. H. U. leichte Schallverkürzung, verschärftes Atmen, einzelne Geräusche. Wegen Verdacht sich entwickelnder Pneumonie mit initialem Peritonismus als Symptom abwartendes Verhalten, kühle Wicklungen, Digitalistinktur per klysmas, warme Bäder mit kühler Übergießung. Nach 24 Stunden Rückgang der peritonealen Symptome und deutlich nachweisbar rechtzeitige Unterlappenpneumonie. Sämtliche Fälle gingen in Heilung aus.

Haben uns die schweren vorher geschilderten Fälle, die zur Obduktion kamen, die anatomischen und pathologisch-anatomischen Beziehungen der Lymphbahnen der Pleurahöhle zur Bauchfellserosa gezeigt und als Träger der Fortleitung der Infektion durch das Zwerchfell von einem Körperraum zum anderen erwiesen, so haben uns die zuletzt geschilderten leichteren Fälle die klinischen Symptome dargeboten, die uns die Fingerzeige sein müssen zur Stellung der richtigen Diagnose und passenden Behandlungsart.

Beobachtungen aus dem Landesbad in Baden.

#### Das brisement forcé und seine Nachbehandlung mit Thermotherapie.

Von Dr. Fr. Neumann, Baden-Baden.

Die Beschäftigung mit der Thermotherapie liess mich mit der wachsenden Erfahrung manches anders ansehen, als man bisher gewohnt war. Ich bemerkte, wie andre auch, dass Wärme-, selbst Hitzeeinwirkungen bei Reizzuständen mehr oder weniger akuter Art ertragen wurden und vielfach günstig einwirkten, wo man sonst kühlende oder sogenannte ableitende Methoden allein berechtigt geglaubt hatte. Es entging mir nicht, dass, Fieberfreiheit vorausgesetzt, entzündliche und traumatische Gelenkerkrankungen sich oft bei Hitzebehandlung besserten, und die Aufsaugung von blutigen und nicht blutigen Ergüssen in Gelenke und deren Umgebung sich rascher als unter dem Eisbeutel und dergleichen vollzog.

Vor allem war zu beobachten, dass die verschiedenen Formen von Hitzeeinwirkung keinen Schaden brachten, insbesondere, dass nie Exsudate oder Ergüsse auf diese Weise in eine eiterige Form übergingen.

Nun bekomme ich jedes Jahr eine Reihe von Versteifungen in Gelenken, deren Ausgangspunkt die verschiedensten Ursachen bilden.

Die bisherige Art, Gelenkverwachsungen zu behandeln, bildete gerade kein Ruhmesblatt der praktischen Medizin. Die Erfolge waren äusserst, mässig und besonders nach infektiösen Gelenkerkrankungen war man meistens herzlich froh, eine Gelenkankylose in einer Form zu erzielen, welche die Gebrauchsfähigkeit des betreffenden Gliedes nicht allzu sehr erschwerte. Man suchte daher eine Streckung des Beines bei Kniegelenkentzündung zu erzielen, so dass wenigstens der Stelzgang und das Auftreten mit voller Sohle möglich war. Dasselbe Resultat erstrebte man beim Hüftgelenk. Beim Hand-

gelenk musste die Mittelhand dieselbe Richtung haben, wie die Knochen des Vorderarmes, während man beim Ellbogengelenk zufrieden war, eine rechtwinklige oder leicht spitzwinklige Fixation zu erreichen.

Nicht selten bildet sich eine Ankylose in einer vollständig unzweckmässigen Stellung aus, so dass die betreffenden armen Kranken schliesslich mehr Last als Nutzen vom Besitz eines ganzen Gliedes haben und als vollständige Krüppel figurieren. Das sind die Fälle, wo Knochen-durchmeisselungen und Resektion ankylotischer Gelenkenden die Difformität so gut als möglich beseitigt. Aber auch, wenn so eine mässige Gebrauchsfähigkeit hergestellt oder vielmehr eine, das ganze Leben beschwerende Hemmung beseitigt wurde, ist der Erfolg durch die stets vorhandene gleichzeitige Muskelatrophie doch recht beschränkt.

Diese Verhältnisse bewogen mich, die Sache auf eine andere Weise anzufassen. Der Fehler war bisher der, dass man aus Angst vor dem Wiederaufflackern der Entzündungsprozesse nach dem brisement das Gelenk mit Eis und ruhigstellenden Verbänden behandelt hatte, wodurch die alten Verwachsungen sich natürlich wieder verlöten konnten und wohl auch neue durch die Organisation des durch die Zerreißung ergossenen Blutes dazukamen. Wenn dann mit aktiven und passiven Bewegungen begonnen wurde, war es bei weitem zu spät. Im Vertrauen auf die aufsaugende Wirkung hoher Hitze- grade nach der Tiefe zu und auf die durch die starke Vaskularisation erzielte Dehnbarkeit der Gewebe machte ich mich auch praktisch an die von mir ersonnene Methode.

Kurz möchte ich hier noch auf die gewöhnlichen, praktisch vorkommenden Formen von Ankylose hinweisen. Ich beschränke mich lediglich auf die von mir gesehene Fälle, ohne auf eine klinische Besprechung der Gelenkkrankheiten weiter eingehen zu wollen. Nach tuberkulösen Gelenkerkrankungen kommt es ja durch die fungöse Erkrankung der Synovialis und die Wucherungen derselben in den Knorpel und Knochen hinein, sowie durch Entgegenwuchern von beiden Gelenkenden her, bei gleichzeitigen, ähnlichen Reizungen aus der Tiefe des Knochens und Knorpels, zu Verwachsungen und Verlötungen von verschiedener Ausdehnung und Intensität. Gleichzeitig kommt es zu ganz ähnlichen Reizungen in der Gelenkkapsel und deren Umgebung. Auch von aussen her können die am Rand der Gelenkenden nicht seltenen stalaktitenähnlichen Wucherungen eine Unbeweglichkeit des Gelenkes herbeiführen und innere Ankylosen vortäuschen. In solchen Fällen Gelenkverwachsungen zu lösen, hatte ich keine Lust, da man bei der Tuberkulose froh sein muss, wenn ein Prozess abgelaufen ist und damit wenigstens zumteil die Gefahr einer frischen Ausstreuung der Keime wegfällt. Hier besteht wohl das alte Wort *quieta non movere* zurecht.

Bei anderen Formen der Gelenkerkrankung dürfen wir weit eher annehmen, dass mit dem zeitlichen Ablauf der Entzündung und mit dem gleichzeitigen Zustandekommen von Schrumpfung und Verlötungen der spezifische Erreger seine Virulenz verloren hat. Damit fällt, wenn ein solches Gelenk in Angriff genommen wird, die Gefahr der Neuanfachung des Prozesses und einer Weiterverschleppung des Erregers



hinweg. Es betrifft diese meine Auffassung hauptsächlich gonorrhöische und puerperale Gelenkerkrankungen. Ankylosen nach Scharlach-Gelenkerkrankungen habe ich noch nicht gesehen.

Auf sogenannter rheumatischer Grundlage entwickeln sich bekanntlich so verschiedenartige und so verschieden verlaufende Gelenkerkrankungen, dass ich schon längst der Überzeugung geworden bin, es müssten dieselben insbesondere ätiologisch getrennt werden.

Gerade unter dem Gesichtspunkt der Ankylosembildung ist diejenige Form wichtig, welche meines Erinnerens von Volkmann als Arthritis sicca charakterisiert worden war. Nach meinen Beobachtungen geht sie meistens aus einem subakuten Gelenkrheumatismus hervor. Sie unterscheidet sich aber sehr frühzeitig von den pastösen, teigigen Gelenkfiguren des chronischen Gelenkrheumatismus dadurch, dass es im Gegensatz zu dem letzteren sehr früh zu schweren Muskelatrophien in weiter Umgebung des Gelenkes, ferner zu früher Kapselschrumpfung und Verwachsung der offenbar aufgefaserten Gelenkknorpel kommt.

In der Regel verläuft der Prozess der Ankylosembildung und des gleichzeitigen, weitgehenden Muskelschwundes so rasch, dass man manchmal den Fall schon nach einem halben Jahre für abgelaufen und vielfach auch für unheilbar ansehen muss. Gerade diese Fälle sind bezüglich der Ankylosenbehandlung häufig nicht günstig, wohl deshalb, weil man sie zu spät bekommt. Speziell die Gelenke der oberen Extremität werden aus mir unbekanntem Gründen häufiger von dieser Krankheitsform ergriffen als die unteren. Es gilt daher rechtzeitig die Bedeutung der Arthritis sicca, vor allem am Schultergelenke zu erkennen, wo ich bis jetzt mit der Ankylosenbehandlung natürlich keine grossen Erfolge erzielen konnte, wenn die Gelenkkapsel geschrumpft ist, Oberarm und Schulterblatt abgemagert sind und man bei Bewegungsversuchen keine Spur von Verschiebung an den Gelenkenden mehr aufzufinden vermag. In nicht so weit gediehenen Stadien habe ich an Hand- und Ellbogen- und am Fussgelenk noch ganz befriedigende Erfolge erreichen können.

Sonderbarer Weise ist bezüglich der Arthritis deformans in Büchern behauptet worden, dass es bei dieser Krankheit zu eigentlichen Ankylosen nicht käme.

Es ist ja allerdings sicher, dass die deformierten Glieder durch randständige Knochenwucherungen allein mechanisch an der Bewegung häufig gehemmt sind und ebenso, dass die Verdickung der Gelenkkapseln, der Sehnenansätze bewegungshemmend wirken. Allein beim gewaltsamen Beugen in der Narkose bemerkt derjenige, der diesen Eingriff öfters macht, doch deutlich, dass ganz tüchtige, flächenhafte Verwachsungen in solchen Gelenken sich finden. Die scheinbaren Gelenkversteifungen, wie sie infolge von Nervenentzündung der Umgebung und Neurosen nicht selten vorkommen, gehören nicht hierher und werden ja in der Narkose ihrem Wesen nach sofort erkannt.

Ich habe mit kleineren ankylotischen Gelenken angefangen, meine Methode zu prüfen. Dieselbe besteht darin, dass man in tiefer Narkose des Kranken zufühlt, ob das betreffende Gelenk nicht noch in irgend einer Richtung einen Beweglichkeitsrest erkennen lässt. Die

hierzu notwendigen, biegenden, drehenden, ziehenden Bewegungen leiten die Sache ein. Erst dann, wenn man über die Lokalisation der Verwachsung einigermaßen sich ein Bild gemacht hat, geht man zum Beugen über, welches mit wachsender Kraftanwendung vorgenommen wird.

Von allergrösster Wichtigkeit ist zum vornherein die Anwendung eines langen Hebelarmes zur Kraftersparnis des Operateurs zu vermeiden! Bei der Beugung eines Knies z. B. wird man nicht den einen Angriffspunkt sofort in die Knöchelgegend verlegen oder ein steifes Ellbogengelenk vom betreffenden Handgelenk aus zu bewegen versuchen. Man muss ganz nahe ober- und unterhalb des Gelenkes, während das kranke Gelenk selbst von einem Gehilfen gehalten wird, mit dem Eingriffe beginnen. Nur dann ist man sicher, zu weitgehende Zerreissungen, Absprengen von Knochenstücken oder gar selbst Knochenbrüche nicht zu veranlassen. Nur in dem Masse, als man deutlich fühlt, dass allmählich die Verwachsungen sich trennen, kann man den Hebelarm verlängern, indem der Arzt langsam seine Hände von dem kranken Gelenke weiter weg einwirken lässt.

So kann jede Gefahr und Schädigung vermieden werden, und das Schlimmste, was dem Kranken geschehen kann, ist, dass man keine Besserung erzielt, sicher aber den Zustand nicht verschlechtert. Allerdings sind die Empfindungen des Arztes während der Prozedur, das Reissen und Krachen im Gelenke nicht gerade angenehme und manchmal bei alten Ankylosen grosser Gelenke fast beängstigend. Noch in der Narkose wird der Patient in den Fangorraum herabgetragen, und das betreffende Gelenk mit einem Fangoumschlag bedeckt. Nach dem Fangoumschlag, dessen Temperatur die gewöhnliche ist, kommt die Reinigung, das Bad und Bettruhe. Erst nachher zeigt sich Gelenkschwellung und heftige Schmerzhaftigkeit. Die Schmerzen werden, aber lange nicht immer, nur wenn sie sehr heftig sind, durch eine Morphiumeinspritzung für die Nacht bekämpft. Kräftigen Leuten jedoch versage ich das Narkoticum und lasse höchstens ein Salol oder Aspirinpulver reichen. Lokal wird das Gelenk mit einem Spirituswickel umgeben, der alle paar Stunden gewechselt wird. Am Nachmittag des ersten Tages folgt dann eine Tallermanapplikation für das Gelenk.

Bei Patienten, welche den Eingriff an den oberen Extremitäten zu bestehen hatten, fange ich schon nach drei auch vier Tagen mit sorgfältig dosierter Zanderscher Gymnastik an. Bei Hüftgelenks- und Kniegelenksfällen muss man doch eine Woche warten. Wer die Zanderschen Apparate genau kennt, weiss, wie vielen Modifikationen ihre Anwendung zugänglich ist und dass der mit ihnen vertraute Arzt, wenn ihm ein gutes und geschultes, williges Pflegepersonal zur Verfügung steht, sehr vieles zu erreichen vermag, was die Massage nie leisten kann. Die frühzeitige Anwendung der Gymnastik ist natürlich mit einer Grundbedingung des Erfolges.

Da merkwürdigerweise nur in den ersten zwei, drei Tagen leichte Temperatursteigerungen bis zu  $\frac{1}{2}^{\circ}$  stattfinden, welche wohl auf Resorption des in das Gelenk ergossenen Blutes zu setzen sind, so kann diese Art von Nachbehandlung mit aller Energie und ohne Unter-



brechung fortgesetzt werden, am angenehmsten für den Erfolg wäre eine zwei bis drei monatliche Dauer der Kur. Und Energie ist notwendig und zwar gleich viele von seiten des Patienten wie des Arztes. In den ersten zehn Tagen, wo das Gelenk noch sehr schmerzhaft und geschwollen ist, geht es mit der Beweglichkeit kaum voran. Erst nach und nach, etwa in der dritten Woche zeigt sich eine zunehmende Bewegung, zugleich nimmt Schmerz und Gelenkschwellung ab. Gerade die Zeit, während deren das betreffende Glied im Tallermanschen Apparate sich befindet und der Einwirkung von 120 bis 150° Celsius ausgesetzt ist, ist die schmerzfreieste des ganzen Tages. Auch unmittelbar nachher besteht die Schmerzfremheit oder die Verminderung der Schmerzen noch einige Zeit weiter. Im allgemeinen leidet das Befinden und die Ernährung des Kranken nicht. Für die Behandlungszeit nach dem Eingriffe stehen mir meistens nur drei, selten fünf Wochen zu Gebote. So ist man nachträglich vielfach auf den guten Willen und die Konsequenz und Einsicht der Patienten angewiesen und der Erfolg davon abhängig. Allein nicht selten bekommt man erst nach langer Zeit die Mitteilung, dass die Sache doch gut geworden ist. So habe ich dieser Tage durch einen Kollegen die Nachricht erhalten, dass ein Mann, bei dem ich im März 1901 wegen Arthritis sicca das in stumpfwinkliger Ankylose befindliche Ellbogengelenk gebrochen habe, jetzt seinen Arm von 90 bis 140° biegen kann, dass die Kraft so zugenommen hat, dass er als Maurer seit Monaten den ortsüblichen Taglohn von 2 Mk. 40 Pf. verdient und mühelos arbeiten kann.

Wie ich auch schon in einer Besprechung des Tallermanschen Apparates und meiner Mitteilung über Thermotherapie hervorgehoben habe, nimmt unter der Anwendung grosser Wärmegrade infolge der nachhaltigen arteriellen Kongestion die Ernährung der Muskulatur wieder zu. Es mag hierbei mehreres zusammenwirken: einmal die Verminderung des Entzündungsreizes in den Gelenken, ferner die Ausheilung von Trophoneurosen und endlich die starke arterielle Durchspülung. Unterstützt kommt natürlich hinzu die aktive und passive Maschinengymnastik und später der natürliche Gebrauch der betreffenden Glieder bei Gehen und Arbeit. Ich habe noch nie gesehen, dass bei dieser Behandlungsweise der Gelenkankylose eine Muskelatrophie stärker geworden wäre. Speziell über die Berechtigung der Ankylosenbehandlung bei Arthritis deformans möchte ich noch einiges anfügen.

Meist wird diese Erkrankung, wie so manche andere, als eine *crux medicorum* angesehen. Die gewöhnlichen Behandlungsmethoden schlagen fast immer fehl, und so sind die Kranken, überwiegend Frauen, vieljährigem Siechtum ohne Aussicht auf Besserung verfallen. So schlimm ist nun die Sache nicht. Man beobachtet eben doch nicht selten Besserungen des Zustandes, welche zur Schmerzfremheit und zur vollen Gebrauchsfähigkeit der Glieder führen.

Selbstverständlich gibt es keinen Ausgleich schwerster anatomischer Veränderungen in den Gelenken, also keine ideale Heilung.

Am schlimmsten sind solche Kranke daran, bei denen die Gelenken häufig in subluzierter oder sonstig

falscher Stellung ankylosiert sind. Ich habe mich lange besonnen, solche verkrüppelte Gelenke in der Narkose zu beugen und dem geschilderten Verfahren zu unterziehen. Allein der Wunsch, eine wenn auch beschränkte Geh- oder Arbeitsfähigkeit zu erreichen, liess mich über naheliegende Bedenken hinwegsehen. Auch bei dieser Erkrankung kommt keinerlei stärkere Reizung oder ein an die Operation sich anschliessender Gewebserfall vor. Beim Beugen, auch grosser Gelenke, z. B. des Knies, Fuss- oder Hüftgelenks hat man deutlich die Empfindung, dass die stärksten Hemmungen, selbst Knochenbrücken am Gelenkrande bestehen, während zwischen den Gelenkflächen weichere Verlötungen oder faserige Verbindungen vorhanden sind.

So habe ich bei einer Reihe von Kranken fast alle vorhandenen Gelenke mit meiner Methode behandelt. In einzelnen Fällen, bei manchen Gelenken blieb der gute Erfolg bestehen. Bei anderen musste die Prozedur nach ein bis zwei Jahren wiederholt werden. In zwei Fällen, wo es auch am guten Willen der Kranken fehlte, kam kein Erfolg, aber auch keine Verschlechterung.

Angesichts dieses schweren Leidens scheint es mir doch von Belang für den Kranken, wenn eine ansehnliche Arbeitsfähigkeit erreicht und unterhalten wird, wenn Arbeiterinnen wieder, selbst bei feiner Beschäftigung, ihren Lohn verdienen (zwei in Bijouteriefabriken) oder wenn bisher arbeitsunfähige Frauen ihren häuslichen Geschäften für Jahre wieder voll vorstehen können. Nicht wenige dankbare Briefe von Kranken mit deformierender Arthritis, denen ich alle möglichen Gelenke gebrochen habe, sind der beste Beweis, dass meine Operationsmethode gute Resultate gibt.

Es ist hier nicht der Ort, mich im Detail über Gelenkkrankheiten zu verbreiten, wovon ich jedes Jahr etwa 400 chronische Fälle sehe, sowohl in der Anstalts- wie in der Privatpraxis. Dass bei diesem grossen Krankheitsmaterial Gelenkversteifungen durch die verschiedenen Formen von Verwachsung der betreffenden Gelenken nicht selten zur Beobachtung gelangen, erscheint ohne weiteres glaublich. Alle anderen Formen, welche eine Ankylose aus den verschiedensten Ursachen aber ohne Verwachsung vortäuschen, kommen hier nicht in Betracht. Nachstehend folgt eine kleine Kasuistik.

Die **Gonorrhoe** macht doch häufiger, als man gedruckt lesen kann, Ankylosen und zwar schwerer Form. Es handelt sich hier jedenfalls um Streptokokken-erkrankung der Synovia und der Gelenkknorpel, also um Verschwürungsprozesse, die ja sicher überwiegend mit Ankylose und schwerer Muskelatrophie ausheilen. Wenn keine Gelenkeiterung da ist, so kann es doch auch durch Beteiligung der fibrösen Gebilde zu einer Versteifung kommen, wie ich das in einem Fall von Ankylose der Wirbelsäule aus derselben Grundursache gesehen habe. Von zweifellos gonorrhöischen Gelenkankylosen habe ich vier Fälle gesehen, und zwar drei im Kniegelenk und eine im Hüftgelenk. Durch frühere klinische Behandlung, Streckung in der Narkose mit nachfolgenden Verbänden war wenigstens ein halbwegs brauchbares Bein in gerader Stellung erzielt worden.

In dem einen Falle verweigerte der Patient auf den Rat des ihn früher behandelnden Kliniklers die forcierte Beugung und ZerreiSSung der Adhäsion. Dass das ge-



samte Rüstzeug der Balneotherapie: Wildbäder, schottische Duschen, Tallermanscher Apparat, Fangoumschläge, Maschinengymnastik die Ankylose als solche nicht beeinflussten, war zu erwarten. Eine gewisse Erleichterung wurde an dem Stelzbein insofern erreicht, als die noch verdickte und schmerzempfindliche Gelenkkapsel unempfindlich wurde und widerwärtige Spannungs- und Schmerzempfindungen in der Muskulatur des Beines sich verloren.

Wieviel die Kräftigung der Muskulatur und eine selbst mässige Beweglichkeit wert ist, zeigt der folgende Fall. Er betrifft einen jungen Mann, der aus derselben Ursache eine hochfieberhafte Kniegelenkentzündung bekam. Dieselbe heilte unter Beugekontraktur mit Spitzfussstellung und schwerer Atrophie des Ober- und Unterschenkels aus. Man machte in einer chirurgischen Klinik unter Narkose die Geradestreckung des Beines und legte das Glied in einen Gipsverband. Patient kam mit seiner abnehmbaren Gipskapsel hier an und konnte beim Gehen dieselbe nicht entbehren. Nach über halbjährigem Kranksein ging der Patient mühsam an zwei Stöcken und konnte auch ohne Stöcke nicht längere Zeit stehen. Das ganze Bein war im höchsten Grade abgemagert. Da ich eine selbst minimale Beweglichkeit mit ihren Folgen für einen grossen Vorteil hielt, so schlug ich dem Kranken die Operation vor. Während ich das Knie des tief narkotisierten Patienten bis zu etwa 40° beugte, krachte es derart, dass ich mit grossen Sorgen dem weiteren Verlauf der Sache entgegensah. Die Nachbehandlung war die übliche. Die Schmerzen und Schwellung, die unmittelbar folgten, waren nicht gering und mit der Gymnastik konnte, trotz der Energie des Patienten, erst nach 14 Tagen begonnen werden. Der Schlusserfolg ist doch so gut, als überhaupt erhofft werden durfte. Nach etwa einem Vierteljahr verschwand die Schmerzhaftigkeit, und dann zeigte sich ein Gefühl von Kräftigung im Beine, welches trotz der Beweglichkeit von nur 10 bis 15° eine weitgehende Gebrauchsfähigkeit gestattet. Patient kann sechs- bis achtstündige Märsche im Gebirge machen und ebenso zwei bis drei Stunden ohne Ermüdung frei stehen. Solche Besserungen gibt es ohne diese Behandlung einfach nicht. Die kleine Beweglichkeit in Verbindung mit der Kräftigung der Muskeln hat für den betreffenden Kranken eine ganz andere Bedeutung, als wenn in ähnlichen Fällen die Verschiebung des Beckens oder bei Oberarmankylosen eine gesteigerte Beweglichkeit des Schulterblattes vikarierend eintritt.

Bei einer weiteren Kniegelenkankylose einer 26jährigen Frau trat zwar nach dem Brechen beträchtliche Schmerzhaftigkeit und Schwellung ein, aber es wurde doch in kurzer Zeit eine Biegsamkeit von 37° erreicht neben der vollen Sohlenstellung beim Auftreten. Auch hier war durch die frühere Behandlung nur erreicht worden, dass die frühere Beugstellung durch Streckung in der Narkose in eine gestreckte Ankylose umgewandelt worden war.

Bei rein rheumatischen Ankylosen kamen diese meist auch nach langer Erkrankung zu stande. Man war bemüht, die Ankylose in einer leidlich brauchbaren Stellung sich entwickeln zu lassen. Nach meiner Überzeugung ist es eben doch möglich, Ankylosen zu vermeiden, und zwar um so eher, wenn man

tunlichst bald nach Ablauf der akutesten Reizzustände in der Narkose Beugeversuche macht und darauf das von mir geschilderte Verfahren anschliesst. Abgesehen von der beruflichen Hemmung und von der beschränkten Erwerbsfähigkeit, leiden solche Kranke auch moralisch unter dem Gefühl ihrer halben Krüppelhaftigkeit. Diese Momente dürfen einen Arzt, der ungewöhnlich viel mit solchen Zuständen zu tun hat, wohl zum Nachdenken und Bemühen veranlassen, ob da nicht zu helfen und zu bessern sei. Ich glaube, dass der von mir wohl überhaupt zum erstenmal betretene Weg, abgesehen von den tatsächlich schönen Erfolgen, auch noch für weitere Ausbildung und gedeihliche Entwicklung die Möglichkeit bietet. Zum Schlusse füge ich noch kurz Fälle an, die ferner zeigen, was mit diesem neuen Verfahren erreicht werden kann.

K. S., Dienstmädchen, bekam infolge eines lang dauernden akuten Gelenkrheumatismus eine vollständige Ankylose des rechten Handgelenkes, welche sie in ihrem Erwerb natürlich sehr beschränkte. Das Verfahren gelang erst nach zweimaligem Brechen, Tallerman, Fango und Gymnastik bewirkten langsam ein Freiwerden des Gelenkes. Doch erst nach mehrmonatlichen anhaltenden Bewegungen wurde das Gelenk vollkommen frei. Vor kurzem erhielt man wieder Nachricht, dass Kraft und Beweglichkeit sich seit einem Jahre vollkommen erhalten haben und die frühere Arbeitsfähigkeit in vollem Umfange vorhanden ist.

Oberbürgermeister A., schwerer Gelenkrheumatismus im Herbst 1901. Beugekontraktur im rechten Knie veranlasst die Streckung und Gipsverband. Anfang April 1902 und im Mai kleinster Rest von Beweglichkeit in der vordersten Partie des Kniegelenks; einige Beweglichkeit der Patella noch vorhanden. Atrophie der Streckmuskeln des Oberschenkels, Stelzfüsgang. Beim Treppensteigen wird die höhere Stufe durch eine bogenförmige Bewegung des stets gestreckten Beines gewonnen. Beim Herabgehen wird stets dasselbe Bein vorgesetzt und ist Halten am Geländer notwendig. Durch eine erste energische Kur mit aktiver und passiver Gymnastik, schottischer Dusche, Tallerman wird eine Kräftigung der Muskulatur erzielt, aber keine Änderung in der Bewegung des Kniegelenks. Die von mir vorgeschlagene forcierte Beugung war auf den Rat eines hervorragenden Chirurgen abgelehnt worden, der meinte, Patient solle mit dem Erreichten zufrieden sein. Im August 1902 kam er wieder, die Beugung des Gelenkes wurde natürlich in der Narkose und unter starkem Krachen ausgeführt. Dem Gefühl nach waren  $\frac{2}{3}$  des Gelenkes nach hinten straff verwachsen. Die Reaktion war ziemlich heftig, und es bedurfte vieler Energie von meiner Seite, die Behandlung konsequent durchzuführen; doch traten auch hier, so wenig als in anderen Fällen, bedrohliche Erscheinungen von Nerven- und Gefässzerreissung auf. Hier verschwanden die Reizsymptome gegen Ende der dritten Woche und damit trat der Erfolg in die Erscheinung. Anfang Dezember sah ich den Patienten wieder; beim Gehen auf der Strasse sieht man ihm gar nichts an; er geht und läuft die Treppe frei hinauf, er geht die Treppe frei, wenn auch mit etwas



Vorsicht herunter. Er sitzt gleichmässig und natürlich, ohne das Bein strecken zu müssen, was in einem Winkel von 90 bis 100° gebeugt aufsteht. Aufstehen und Niedersitzen kann auf Kommando rasch und leicht geschehen, ohne instinktive Unterstützung von Hand und Arm.

Dass man bei Arthritis deformans mit der geschilderten Methode etwas erreichen kann, mögen nachfolgende Fälle beweisen.

Bei einer Kranken, welche 1900 und 1901 da war, waren die Handgelenke, sämtliche Fingergelenke, das linke Schultergelenk, Knie- und Fussgelenk soweit gebessert und beweglich geworden, dass sie ihrem Berufe als Bijouteriearbeiterin nachgehen konnte. Doch war seither das eine Handgelenk ankylotisch geworden, so dass ich dasselbe in Narkose beugte. Sechs Monate nach der Entlassung teilte sie mit, dass sie die betreffende Hand gut beugen und damit arbeiten könne.

Bei einer weiteren Patientin mit Arthritis deformans, welche zwei Jahre von der Anstalt weggeblieben war, war das eine Fussgelenk ankylotisch geworden und, was sie am meisten auch bei der Arbeit hemmte, auch der linke Ellbogen und zwar in einem Winkel von 160°, so dass sie den Arm kaum für irgend etwas verwenden konnte. Während die Verwachsung im Fussgelenk sich unter weichem Krachen löste, zeigte sich auf der Beugeseite des Ellbogens von einem Knochen zum anderen eine knöcherne Spange, die erst bei starkem Druck einbrach und sich gleichzeitig mit Einreissen fibröser Verwachsungen von der Umgebung löste.

Die Reaktion war ziemlich stark, und es schien im Anfang, als ob die Sache nicht besser werden wolle. Vor wenigen Tagen bekam ich von der Patientin die Nachricht, dass der Ellbogen noch nicht ganz frei, aber doch so beweglich sei, dass sie an ihrer Taille den fünften Knopf von oben her aufmachen könne (etwa Winkel von 70 bis 80°), und dass sie jetzt wieder ihre Schürze selber am Rücken binden könne. Aus solchen Erfolgen, die allerdings nicht immer dauernd sind, geht aber doch die Besserungsfähigkeit sonst ganz verzweifelter Zustände hervor. Offenbar wird lebensfähiges Gewebe in den Gelenken und um dieselben wieder zu normaler Tätigkeit und Form zurückgebracht. Auch kann es nicht anders sein, als dass manche Rauigkeiten resorbiert werden können, denn sonst müsste man, was ja auch häufig vorkommt, stets Rauigkeiten fühlen; doch ist das bei weitem nicht immer nachträglich der Fall.

#### Aus der Ärztebewegung.

Aus den badischen Streitgebieten scheiden erfreulicherweise nunmehr zwei weitere aus, da in Baden-Baden und Bretten der Frieden zwischen den Ärzten und den dortigen Gemeinde- respektive Ortskrankenkassen hergestellt worden dadurch, dass die Kassen, bei denen die freie Arztwahl schon bestand, nunmehr auch die von den betreffenden Ärztlichen Kreisvereinen geforderte Honorarerhöhung bewilligt haben.

In ein recht fatales Stadium ist indes der Streit des Ärztlichen Kreisvereins Konstanz mit den Landkrankenkassen speziell in Messkirch getreten. Dort dreht sich der Streit nicht allein um die Honorarfrage, in

welcher die Differenzen keine sehr grossen sind, als vor allem um die Forderung der zweijährigen Karenzzeit und der Zugehörigkeit aller Kassenärzte zum Ärztlichen Kreisverein, welche seitens des letzteren erhoben worden.

Hier hat nun das Ministerium des Innern in letzter Zeit zugunsten der Kasse in einer Weise eingegriffen, die das höchste Befremden erregen muss und ein eigentümliches Licht auf die Stellung wirft, in welcher sich die beamteten Ärzte den praktischen und damit auch den Vereinen gegenüber in solchen Streitfällen befinden.

Das Ministerium des Innern hat sich nicht allein damit begnügt, die Forderungen der Ärzte als unzulässig zu bezeichnen, sondern auch für den Fall, dass die Ärzte ihre Drohung während der vertragslosen Zeit von der Kasse für etwaige Dienstleistungen das Doppelte der preussischen Minimaltaxe zu fordern, wirklich wahr machen sollten, den Bezirksarzt in Messkirch angewiesen, die Behandlung der Kassenmitglieder gegen Bezahlung nach der einfachen Minimaltaxe zu übernehmen. Gegen die Stellungnahme des Ministeriums hat nunmehr der Ärztliche Kreisverein Konstanz am 23. d. M. eine Rechtfertigungsschrift verfasst und unter anderem sämtlichen Abgeordneten der II. Kammer zugehen lassen. Wir werden auf dieselbe, wie auf den ganzen Fall wegen seiner prinzipiellen Bedeutung, in der nächsten Nummer dieses Blattes ausführlicher zurückkommen.

Zum Leipziger Kassenstreit ging uns vom Leipziger Verband folgendes Schreiben zu:

»Charakteristisch für die ganze Kampfweise des Vorstandes der Ortskrankenkasse Leipzig unter seinem Vorsitzenden, dem homöopathischen Apotheker und Kommerzienrat Dr. Willmar Schwabe, ist das Schreiben, das unterm 11. d. M. anscheinend allen deutschen Ärzten ins Haus geschickt wurde. Das ganze Machwerk bedeutet eine Verschleierung der tatsächlichen Verhältnisse und ist darauf berechnet, bei schwachen Charakteren die niedrigen Instinkte Neid, Missgunst u. s. w. zu wecken gegen die anscheinend bessergestellten Kollegen in Leipzig. Einige Punkte widersprechen direkt der Wahrheit. So — wenn das Schreiben nur von der Kündigung der Mehrzahl der Ärzte spricht, während in Wirklichkeit von 233 Ärzten 231 gekündigt haben. Die zwei übrigen Herren kündigten zwar aus persönlichen Gründen nicht, indessen stehen sie durchaus auf Seiten der Ärzte.

Unerfindlich ist es geradezu, wie der Kassenvorstand schreiben kann, dass sein »Vorgehen unter dem Schutze der Behörden« stattfinde. In Wirklichkeit ist die Sache genau umgekehrt. Der Behörde ist es in keiner Weise eingefallen, sich auf die Seite des Kassenvorstandes zu stellen, im Gegenteil! In einer Unterredung, die Herr Dr. Dippe, der Vorsitzende des ärztlichen Bezirksvereins Leipzig-Stadt, mit Herrn Kreishauptmann (Regierungspräsident) Dr. von Ehrenstein hatte, erkennt dieser unumwunden die Berechtigung der ärztlichen Forderungen, besonders der freien Arztwahl an. Was danach von dem übrigen Inhalt des Schreibens zu halten ist, ist leicht denkbar.

Wenn der Kassenvorstand sagt, er habe das Honorar »freiwillig um 22% erhöht«, so ist demgegenüber zu bemerken, dass die veränderten Verhältnisse den Kassenvorstand zu dieser ganz ungenügenden Aufbesserung



zwangen, dass aber diese auch dann — trotz der grossartig klingenden 22% — auf die Einzelleistung berechnet, nur wenige Pfennige bedeuten und auch so nur knapp  $\frac{1}{3}$  der staatlichen Minimaltaxe erreichen würde. Das den auswärtigen Ärzten angebotene Gehalt von 6 000 M. ist für die Leipziger Verhältnisse durchaus dürftig, und wenn der Kassenvorstand dazu bemerkt, es stehe jedem Privatpraxis offen, so ist das ein ziemlich inhaltloses Versprechen. Denn in den Bezirken, in denen der Krankenkassenvorstand den etwa zuziehenden Krankenkassenärzten ihren Wohnsitz anweisen würde, gehört die Bevölkerung zu  $\frac{1}{5}$  der Krankenkasse an, sodass für Privatpraxis so gut wie nichts übrig bleibt.

So ist der Streit nur durch die schroffe Ablehnung der durchaus massvollen und berechtigten Ansprüche der Ärzte seitens des Kassenvorstandes hervorgerufen worden. Der Hauptgrund dafür ist auch nicht in der Forderung eines erhöhten Honorars, sondern der freien Arztwahl zu suchen. Denn der Krankenkassenvorstand fürchtet die freie Arztwahl augenscheinlich nicht wegen der angeblich damit verbundenen erhöhten Kosten, sondern der dadurch bedingten freien Stellung der Ärzte. Er fürchtet, kurz gesagt, für seine seitherige Allgewalt über seine Kassenärzte.

Denn das ist sicher, dass die reiche Leipziger Krankenkasse, die ihren bisherigen Ärzten seit 1888 an ihrem mühevoll verdienten Honorar den Betrag von fünf Millionen Mark gestrichen hat, die verhältnismässig geringfügige Aufbesserung ganz gut tragen könnte. Die deutschen Ärzte aber mögen bedenken, dass ihre Leipziger Kollegen einen folgeschweren Kampf nicht allein für sich, sondern für ihren ganzen Stand kämpfen, und dass sie wohl erwarten dürfen, in diesem Kampfe in jeder Hinsicht unterstützt zu werden.

**Verschiedenes.**

**Karlsruhe.** Wie zu erwarten, hat im Erlass des Grossherzoglichen Ministeriums des Innern vom 18. November 1903 ausgesprochene Ansicht, dass in grösseren Städten bei Verträgen zwischen Ärzten und Krankenkassen ein Kopfaussum von 2,50 M. als genügend zu betrachten sei, in Ärztekreisen lebhaften Widerspruch gefunden. Der Verein Karlsruher Ärzte hat nun in seiner Hauptversammlung vom 21. d. M. beschlossen, demselben Ausdruck zu verleihen in einer Eingabe an den Ausschuss der Ärzte, in welcher derselbe ersucht werden soll, die Grossherzogliche Regierung aufzuklären über das Irrtümliche dieser auf einer völligen Verkennung der tatsächlichen Verhältnisse beruhenden Annahme und über die absolute Unmöglichkeit, auf dieser Grundlage mit Krankenkassen zu verhandeln.

**Anzeigen.**



## Bad Salzschlirf, Bonifaciusbrunnen

# Gicht

Glänzende Erfolge gegen Stoffwechselliden, Prospekte, Heilerfolge, Gebrauchsanweisungen zur Haustrinkkur **kostenfrei** durch die **BADE-VERWALTUNG.**

Ärzte: 30 Flaschen M. 7.50 ab hier. 701j12.1

**Cavete Leipzig.**

Besondere Beachtung verdienen die Anstrengungen der Ortskrankenkasse in Leipzig.

Die Herren Kollegen werden dringend gewarnt, auf Angebote dieser Kasse einzugehen. Die Leipziger Ärzteschaft ist einig. Neu Zuziehende würden sich von jedem collegialen Verkehr ausgeschlossen sehen.

Sollte jemand aus Unkenntnis der Verhältnisse sich wider Erwarten gebunden haben, so wende er sich vertrauensvoll an den Leipziger Wirtschaftlichen Verband, der Mittel und Wege finden wird, ihn vor einer unrühmlichen Zukunft zu bewahren.

Generalsekretär **Kuhns,**  
Leipzig, Körnerstrasse 29, 1.

708j3.1

## Dynamogen (gesetzlich geschützt)

D. R. M. G. 22222. Prob. u. Litt. gratis




### Haemoglobin-Präparat

Preiswürdigstes des Handels, ca. 250,0 =  
1,50 M. Haemoglob. conc. 70,0 Vin. Xerens.  
Elix. Stomach. Glycerin aaa 10,0. Strassburg i. E.

Gold. Med. 1900 707j23.1

**Folgende Kombinationen sind vorrätig:**

<b>Anaemie</b>	Dynamog. arsenicos. (0,02% Kali arsenic.)	Fl. 2,00 M.
<b>Rhachitis</b>	Calcio hypophosphoros	2,00 "
<b>Tuberkulose</b>	Kalio sulfognajacol. 5% (id. m. Thiocol)	3,00 "
<b>Nervosität</b>	lecithinic. (1% Lecithin)	3,50 "

**Kgl. 1784 priv. Apotheke, Schneidemühl, Neuer Markt 24.**

Verheirateter Arzt sucht gute Landpraxis mit Fixum. Offerten an die Expedition. 703j6.2





**Winterkur für Lungenkranke!**

**Sanatorium St. Blasien**  
im südl. badischen Schwarzwald (800 Meter über dem Meere).  
Ärztlicher Leiter: **Dr. med. ALBERT SANDER.**  
In völlig geschützter herrlicher Lage, umgeben von grossen Tannenwäldern.  
**Modernste Einrichtungen verbunden mit grösstem Komfort. — Elektrische Beleuchtung. — Centralheizung. — Lift.**  
**Besondere Einrichtungen für die Winterkur.**  
Näheres durch die Prospekte.

666]12.6

**Auch ohne Zucker. DUNG'S Auch mit Eisen**

**CHINA-CALSAYA**

**ELIXIR** in den Apotheken zu haben.

**DUNG'S Rhabarber-ELIXIR**  
aromatisches  
(Elixir Rhei aromaticum DUNG), ein angenehm schmeckendes mildes Abführ- und Magenmittel.  
5 Teile Elixir enthalten 0000  
00000 1 Teil Rhabarberwurzel.

670]4.9

**Antisclerosin**  
Bestes Prophylacticum  
Neueste Medication bei Arteriosclerose  
und deren Folgezustände.

Hofrat Dr. S. Goldschmidt, Bad Reichenhall, erzielte in einem Fall subjektive und objektive Heilung; Fall von rein peripherer Sklerose, ohne Beteiligung des Herzens. In zwei Fällen von zentraler und peripherer Sklerose subjektive und objektive Besserung. In fünf Fällen, die mit starken Veränderungen des Herzens einhergingen, mindestens eine subjektive Besserung. (Deutsche Praxis, 1903 November.)  
(Dosis: 2 Tabl., pro die: 6 Tabl.)

Originalpackung (25 Tabl.) Mk. 1.50 in den Apotheken.  
Literatur zu Diensten. Versuchsquantum für die Herren Ärzte zu ermässigtem Preise.

**Fabrik pharmazeut. Präparate,  
Wilh. Natterer, München II.**

695]12.2

Den Herren Ärzten empfehle zur geneigten Beachtung und Verordnung meinen allgemein beliebten

**Lahusen's Jod-Eisen-Leberthran**  
(0,2 Fe J in 100 Th. ff. Thran) Originalflasche 400,0 Inhalt 2,30 Mark.

**Lahusen's Jod-Eisen-Leberthran mit Phosphor**  
(Bestandtheile 0,2 Fe J u. 0,01 Ph. in 100 Th. Thran.)  
**Nur in Originalflaschen 100,0 = 1,30 Mk., 250,0 = 2,20 Mk.**

Die besten und vollkommensten Leberthran-Präparate, wegen ihrer praktischen Zusammensetzung ausserordentliche Erfolge (energisch auf den Stoffwechsel im Blut einwirkend und appetitanregend) bei

**Scrophulose, Tuberkulose, Rhachitis, Anaemie.**

Geschmack unübertroffen fein, daher ohne Anstand von Gross und Klein genommen und vorzüglich für die **Kinderpraxis** geeignet.

Unbegrenzt haltbar, kann Sommer und Winter genommen werden. Der Ordination setze man den Namen **Lahusen-Bremen** hinzu, da sonst keine Garantie für Echtheit.

**Zu haben in allen Apotheken des Grossherzogtums.**  
Ausführliche Brochüren und Rezeptformulare zur leichteren Verordnung verlange man zur besseren Orientierung gratis vom **Fabrikanten Apotheker Lahusen in Bremen.**

667]10.7

**Notiz für die Herren Bezirksärzte!**

Den Herren Bezirksärzten empfehlen wir unser Lager von

**Impressen**  
zu  
**Hebammentagebüchern.**

Karlsruhe. **Malsch & Vogel,**  
Buchdruckerei u. Verlagshandlung.



**Sanatorium Konstanzerhof, Konstanz**  
für Nerven- und innere Krankheiten  
(speziell für Herzkrankheiten).

Das ganze Jahr geöffnet. Prospekte kostenfrei.  
In schönster, gesündester Lage unmittelbar am Bodensee  
(300 m ü. d. M.) Grosser Park Mit allem Komfort ausgestattet. An-  
wendung aller bewährten Kurmittel, insbesondere der Wechselstrom-  
bäder bei Herzkrankheiten in geeigneten Fällen.  
Ärzte: Dr. Bädigen (Besitzer), Dr. Geissler.

704|24.2

Name geschützt **Extraktum** Name geschützt  
**Chinae „Nanning“**

(Das beste Stomachikum der Gegenwart.)  
Zur Verordnung bei den Berliner Krankenkassen zugelassen.

- Indiziert bei:
1. Appetitlosigkeit Bleichsüchtiger (Dysmenorrhoe verschwand nach längerem Gebrauch dieses Mittels).
  2. Appetitlosigkeit Skrophulöser und Tuberkulöser.
  3. Akutem und chronischem Magenkatarrh.
  4. Fiebernden und Wundkranken.
  5. Rekonvaleszenten.
  6. Erbrechen Schwangerer.
  7. Chronischem Magenkatarrh infolge Alkoholgenusses.
  8. Mg- und Jodkali-Dyspepsie.
  9. Tuberkulose.

Original-  
flacons  
à Mk. 1,25  
nur in  
Apotheken.

092|24.4

Alleiniger Fabrikant: **H. Nanning, Apotheker, Den Haag.**  
Proben und Literatur kostenfrei.

**„Bromwasser von Dr. A. Erlenmeyer.“**

Bei Nervenleiden und einzelnen nervösen Krankheitserscheinungen seit 20 Jahren erprobt. Mit Wasser einer kohlen-sauren Mineralquelle hergestellt und dadurch für Verdauung und Stoffwechsel besonders bevorzugt. Broschüre über Anwendung und Wirkung gratis zur Verfügung. In den Handlungen natürlicher Mineralwässer und Apotheken zu haben.

**Bendorf a. Rh. Dr. Carbach & Cie.**

7-111-3

**Heidelberg** Heilanstalt für Hautkranke  
in schönster Lage. Grosser Garten.  
Comfortable Einrichtung.  
Prospekte frei. **Dr. A. Sack.**

091|24.2

Im Verlage der Unterzeichneten sind nachverzeichnete Formulare für Aufnahme in öffentliche und private Irrenanstalten zu haben:

Formular A.  
Gemeinde-(Stadt-)rätlicher Fragebogen.  
Formular B.  
Ärztlicher Fragebogen.

**Karlsruhe. Malsch & Vogel.**

**Notiz für die Herren Impfärzte!**

Den Herren Impfärzten empfehlen wir unser Lager aller zum

**Impfgeschäfte nötigen Formulare.**

**Karlsruhe.**

**Malsch & Vogel,**  
Buchdruckerei u. Verlagshandlung.

**Sanatorium Glotterbad im Glotterthal,**

Station Freiburg, 413 m ü. d. M. Zentralheizung, elekt. Beleuchtung, Stahlquelle, gesamtes Wasserheilverfahren (inkl. sämtl. künstl. Bäder), Ernährungstherapie, Elektrotherapie, elektr. Lichtbäder, Massage, Gymnastik, Licht-Luftbehandlung. Herrliche Waldungen direkt neben dem Sanatorium. Prospekte. Leit. Arzt: **Dr. Hoffner.** 636|24.19

**Bruchheilanstalt**

von Dr. Wollermann, Arzt in Frankfurt a. M.

Bürgerstrasse 94. — Behandlung von äusseren Hernien ohne Operation mittelst der Injektionsmethode. Näheres durch Prospekte. 625|24.21

**Baden-Baden.** Diätetische Pension für Magen- u. Darmkranke von Frau von Pflummern.

Prospekte und Auskunft durch den leitenden Arzt

**Dr. med. H. Lippert,**

zuletzt mehrjähriger Assistent bei Herrn Hofrat Professor Dr. Fleiner in Heidelberg. 698|24.2

**Pforzheim** Wasserheilanstalt mit medico-mechan. Institut und Röntgen-Kabinet.

**Dr. Friederich.**

Bleichstr. 21. Telefon 1161. 599|24.13

**Winterkuren**

**Luisenheim St. Blasien.**

800 m ü. M.

Mildes, sonnenreiches Höhenklima.

**Sanatorium** für Erkrankungen des Stoffwechsels, Magendarmkanals und Nervensystems. Diätikuren, Hydrotherapie, Elektrotherapie etc.

**Lungen- und Geisteskranke** ausgeschlossen.

DDr. Determann-van Oordt, leitende Ärzte. 600|12.8

Das ganze Jahr geöffnet.

**Baden-Baden.**

**Sanatorium Dr. Paul Ebers**

für innere und Nervenkrankte.

Das ganze Jahr geöffnet. Leitende Ärzte: **Dr. Ebers. Dr. Heiligenthal.** 702|24.2



688|12.5



## Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen. Wirtschaftliche Abteilung des Deutschen Ärztevereinsbundes.

Geschäftsstelle: **Leipzig**, Körnerstrasse 29<sup>1</sup>.

In den nachstehenden Orten schweben zurzeit Differenzen zwischen Ärzten und Krankenkassen. Kollegen, welche sich für Kassen- und Assistenzarztstellen daselbst interessieren, werden dringend gebeten, sich vor der Bewerbung an den Generalsekretär **Kuhns**, Leipzig, Körnerstrasse 29, I, oder die unter den Ortsnamen genannten Herren Vertrauens- und Obmänner zu wenden; dieselben erteilen bereitwilligst jede gewünschte Auskunft.

**Ahlbeck.** Dr. Fröhlich, Ahlbeck.

**Anspach** im Taunus. Dr. Klein, Idstein im Taunus.

**Belgard** in Pommern. Dr. Kleikamp, Belgard.

**Benrath** bei Düsseldorf. Dr. Telling, Benrath. Dr. Pfeiffer, Düsseldorf, Sternstrasse 50a.

**Bonn** a. Rh. Dr. Laspeyres, Bonn, Kaiserstrasse 26.

**Brandis** bei Wurzen. Gemeindefrankenkassen Brandis. Dr. Ranprich, Wurzen.

**Bretten** (Baden). Dr. Baumstark, Karlsruhe-Mühlburg.

**Catlenburg.** Dr. Brodtmann, Catlenburg. Dr. Bieck, Hannover.

**Cottbus.** Professor Dr. Thiem, Cottbus.

**Crimmitschau-Neukirchen.** Sanitätsrat Dr. Heynold, Crimmitschau.

**Danzig.** Ortskrankenkassen. Dr. Magnus, Danzig, Halben-gasse 1/3.

**Dittersdorf** b. Chemnitz. Dr. Braune, Einsiedel b. Chemnitz.

**Dorum** a. d. Nordsee. Dr. Harcken, Dorum.

**Dreetz** bei Neustadt a. Dosse. Dr. Feige, Neustadt a. Dosse.

**Dürkheim u. Neustadt** a. H. Dr. Scherer, Ludwigshafen a. Rh.

**Düsseldorf.** Dr. Pfeiffer, Düsseldorf, Sternstrasse 30 a.

**Elberfeld.** Eisenbahnbetriebskrankenkasse des Direktionsbezirks Elberfeld. Dr. Alex. Löwenstein, Elberfeld, Bembergstrasse 5.

**Erbach** im Odenwald. Sanitätsrat Dr. Scharfenberg, Michelstadt i. Odenwald. Dr. Vogel, Heppenheim a. d. Bergstrasse.

**Eupen** (Rheinland). Dr. Heeren, Eupen (Rheinland).

**Filehne** (Prov. Posen). Dr. Behm, Filehne. Dr. Queisner, Bromberg.

**Freienwalde** a. O. Dr. Heidemann, Eberswalde.

**Gera-Reuss.** Dr. Schrader, Gera-Reuss.

**Gevelsberg** (Kreis Schwelm). Dr. Doerken, Gevelsberg.

**Greiz i. V.** Medizinalrat Dr. Scheube, Greiz i. V.

**Heiligenberg** i. B. Dr. Seiz, Konstanz a. B.

**Hilden** (Landkreis Düsseldorf). Dr. Ellenbeck i. Hilden. Dr. Pfeiffer, Düsseldorf, Sternstrasse 30a.

**Hilgen** bei Burscheid. Dr. Herbrand, Witzhelden.

**Jülich u. Linnich.** Dr. Heinrichs, Jülich. Dr. Blumensaat, Linnich.

Krankenkassen d. Kreises

**Kempen** (Rhld.) und zwar: Lobberich, Kempen, St. Tönis, Grefrath, Breyell, Brüggel, Dr. Hennes, Lobberich.

**Konstanz** a. B. und Bezirkskrankenkasse Konstanz-Land. Dr. Seiz, Konstanz.

**Lägerdorf.** Holstein. Dr. Hanssen, Lägerdorf.

**Lampertheim** (Kr. Bensheim). Dr. Vogel, Heppenheim a. d. Bergstrasse.

**Langerfeld** (Kreis Schwelm). Dr. Rittershausen, Langerfeld. Dr. Vosswinkel, Barmen, Weststr. 8.

**Leipzig.** Dr. Korman, Leipzig, Rossplatz 8. Dr. Dippe, Leipzig, Promenadenstr. 12. Dr. Max Goetz, L.-Plagwitz, Friedrichstrasse 1a.

**Magdeburg.** Dr. Blick, Magdeburg, Berlinerstrasse.

**Malmedy** (Rheinprovinz). Dr. Winands, Aachen, Dr. Ricken, Malmedy.

**Maulbronn** (Wttbg.) Dr. Georgii, Maulbronn.

Krankenkassen des Oberamtes

**Mergentheim.** Dr. Bofinger, Creglingen. Dr. Bauer, Stuttgart, Reckbergstrasse 4.

**Mühlhausen** i. Th. Dr. Hapke, Mühlhausen i. Th.

**Mülheim** a. Rhein. Dr. Caspar, Augenarzt. Mülheim a. Rh.

**München - Gladbach.** Dr. Thomas, M.-Gladbach, Bahnhofstrasse 88. Dr. Pfeiffer, Düsseldorf, Sternstrasse 30a.

**Neumünster** in Holstein. Dr. Bartram, Neumünster, Grossflethen 2a.

**Neustettin.** Dr. Schmidt, Neustettin.

**Nieder-Ingelheim** Dr. Bieling, Gau-algesheim.

**Odenkirchen und Wickrath.** Dr. Menche, Rheydt.

**Oederan.** Breitenau, Börnichen, Gablenz, Hetzdorf, Kirchbach, Memmendorf, Schönstadt, Thiemendorf. Dr. Lehmann, Oederan.

**Oldenburg** i. Gr. Dr. Laux, Oldenburg i. Gr.

**Oldenburg** i. Holst. Dr. Schneekloth, Oldenburg i. H.

**Pasewalk** (Pommern) Kreisarzt Dr. Gasters, Uckermünde, San.-Rat Dr. Steinbrück, Bollinken-Züllchow b. Stettin.

**Pasing** bei München. Dr. Krecke, München, Beethovenstrasse 10.

**Pfarrkirchen** bei München. Dr. Krecke, München, Beethovenstrasse 10.

**Pirna** an der Elbe. Dr. Huck, Pirna.

**Rastatt - Gaggenau.** Dr. Vögelin, Gernsbach. Dr. Wegerle, Mannheim N6.2.

**Ratingen** b. Düsseldorf. Dr. Einhaus, Ratingen. Dr. Pfeiffer, Düsseldorf, Sternstrasse 30a.

**Raunheim** b. Frankfurt a. M. Dr. Wiebel, Rüsselheim a. M.

**Remscheid.** Dr. von Sassen, Remscheid.

**Rendsburg.** San.-Rat Dr. Schröder, Rendsburg.

**Saalfeld**, Ostpreussen. Dr. Werner, Quittainen.

**Salzwedel.** Dr. Alefeld, Salzwedel.

**Schneverdingen.** Dr. Speckmann, Schneverdingen. Dr. Bieck, Hannover.

**Schweich** a. d. Mosel. Dr. Banaschewski, Welschbillig.

**Sinzig** a. Rh., Oberwinter, Remagen, Breisig, Brohl, Nieder-Zissen, Königfeld. Dr. Leidecker, Sinzig a. Rhein.

**Solingen.** Allgemeine Ortskrankenkasse San.-Rat Dr. Pütz, Gräfrath.

Landkreis **Solingen.** Burscheid und Witzhelden. Dr. Zimmermann, Burscheid. Dr. Herbrand, Witzhelden.

**Schmiedefeld** (Kr. Schleusingen). Dr. Weitemeyer, Erfurt, Anger 21.

**Schwerin** (Mecklenburg). Dr. Raspe, Schwerin.

**Sprendlingen** (Kr. Offenbach). Dr. Pullmann, Offenbach a. M.

**Stettin.** Dr. Giese, Stettin, Königspl. 15., Sanitätsrat Dr. Steinbrück, Bollinken-Züllchow. Dr. Samuel, Stettin.

**Styrum** bei Mühlheim a. d. Ruhr. Dr. Rüping, Mühlheim. Dr. Legrand, Oberhausen.

**Süder-Stapel** (Schl.) Dr. Mack, Süder-Stapel. Dr. Hanssen, Lägerdorf.

**Torgelow** (Pommern) Kreisarzt Dr. Gasters, Uckermünde.

**Viersen** i. Rheinland. Sanitätsrat Dr. Wittthof, Viersen.

**Vlotho** (Prov. Westfalen). Dr. Müller, Vlotho.

**Vohwinkel** (Kreis Mettmann). Dr. Schirp in Vohwinkel.

**Vorst** (Kreis Kempen), Dr. Hennes, Lobberich.

**Wendisch-Cunnersdorf** bei Löbau i. Sachsen. Dr. Lobeck, Löbau i. S. Dr. Müller, Zittau, Bahnhofsstrasse 16.

**Wohlau.** Dr. Ohm, Wohlau. Dr. Dyhrenfurth, Breslau, Mathiasplatz 17.

**Wrietzen** a. O. Dr. Heidemann, Eberswalde.

In allen Verbandsangelegenheiten und über die obenstehenden Orte erteilen jederzeit Auskunft: In Karlsruhe: Dr. Arth. Baumstark, Karlsruhe-Mühlburg, Rheinstrasse 55/57. In Leipzig: Der Generalsekretär **Kuhns**, Leipzig, Körnerstrasse 29, I.

Der Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen weist kostenlos geeignete Orte zur Niederlassung, Assistenzstellen und Vertretungen nach. Man wende sich an den Generalsekretär **Kuhns**, Leipzig, Körnerstrasse 29, I.