

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1947

12 (1.12.1947)

SÜDWESTDEUTSCHES ÄRZTEBLATT

Herausgegeben von den württembergischen, hessischen und badischen Ärztekammern

Schriftleitung: Dr. med. Karl Erhard Weiss, Stuttgart

unter Mitwirkung von Dr. Theodor Dobler, Schorndorf; Dr. Carl Oelemann, Bad Nauheim; Dr. Fritz Jelito, Karlsruhe

Verlag: Ferdinand Enke, Stuttgart-W.

Heft 12

STUTT GART, DEZEMBER 1947

2. Jahrgang

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
Die Anerkennung von Kammern der Heilberufe	83
Begegnung mit der gegenwärtigen amerikanischen Medizin	86
Dr. Faust: Ein diagnostischer und therapeutischer Beitrag zum Lathyrismus	88
Dr. Schrag: Tuberkulose-Schutzimpfung	89
Dr. Hirseh: Die Calmette-Impfung	89
Buchbesprechungen	91
Bekanntmachungen	
Bezirks-Ärztékammer Nord-Württemberg	91
Ärztékammer Württemberg-Hohenzollern	93
Landes-Ärztékammer Hessen	93

Die Anerkennung von Kammern der Heilberufe

Die von der Militärregierung vor einiger Zeit festgelegten Richtlinien über die Grundlagen von wirtschaftlichen Organisationen und Berufsverbänden wurden zuerst so ausgelegt, daß sie auch auf die Ärztekammern anzuwenden sind. Dadurch ist in der amerikanischen Besatzungszone die Frage der Legalisierung der Ärztekammern erneut in einen Schwebeszustand getreten, weil die Richtlinien den Berufsverbänden unter anderem die Stellung einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft, die Pflichtmitgliedschaft und die Berufsgerichtsbarkeit verbieten. Die württemberg-badischen und bayerischen Ärztekammern haben bald nach Bekanntwerden dieser amerikanischen Auffassung ihre Meinung über die ihnen notwendig erscheinende Rechtsform der ärztlichen Berufsorganisation im Südwestdeutschen und Bayerischen Ärzteblatt veröffentlicht. Auf Grund der Einsprüche durch die Regierungsstellen und auf Grund unserer Bemühungen bei der Militärregierung Württemberg-Baden hat sich OMGUS bereit erklärt, die Durchführung der neuen Politik zurückzustellen, die Einwände der Ärztekammern der US-Zone zu prüfen und die Entscheidung erst nach Klärung der Frage zu fällen.

Unsere Einwände wurden in einer „Eingabe“ zusammengefaßt, die von allen Heilberufen in Württemberg-Baden gemeinsam unterschrieben und zusammen mit Stellungnahmen des Innen- und Justizministeriums der Militärregierung zur Weiterleitung an OMGUS übergeben wurde. Den Text dieser Eingabe veröffentlichen wir im Wortlaut, die Stellungnahmen der beiden genannten Ministerien auszugsweise.

Im Auftrage aller Ärztekammern der US-Zone wurde die gleiche Eingabe dem Länderrat vorgelegt. Der zuständige Ausschuß Gesundheitswesen hat seine Auffassung zur Frage der Anerkennung von Kammern der Heilberufe in einem besonderen Beschluß festgelegt und ihn zusammen mit einer ausführlichen Begründung an die Militärregierung zur Weiterleitung an OMGUS übergeben. Einige Auszüge aus dieser Verlautbarung des Länderrats beschließen die Veröffentlichung über eine Frage, die für den Aufbau und die Entwicklung des ärztlichen Berufes von weittragender Bedeutung ist.

Bezirks-Ärztékammer Nord-Württemberg

Eingabe der Heilberufe

— Ärzte, Zahnärzte, Dentisten, Tierärzte, Apotheker — von Nord-Württemberg und Baden
an die Militärregierung Württemberg-Baden

Durch das Innenministerium von Nord-Württemberg und Baden wurden den Vertretern der Heilberufe sechs Fragen der amerikanischen Militärregierung zur Beantwortung vorgelegt. Bevor wir diese Fragen einzeln beantworten, bitten wir die amerikanische Militärregierung, folgende Ausführungen zu beachten:

Die Heilberufe sind kein Gewerbe, sondern ihre Vertreter haben die Aufgabe, ein öffentliches Interesse, die Pflege der Gesundheit, wahrzunehmen. Darum sind ihre Kammern nicht, wie z. B. die Handelskammern, Vereinigungen zur Wahrnehmung wirtschaftlicher Interessen. Die Kammern der Heilberufe sind entstanden aus dem freiwilligen Zusammenschluß von freien Berufsvereinen. Sie bilden heute — wie auch schon Jahrzehnte vor der Nazizeit — eine glückliche Synthese von demokratischer Selbstverwaltung und behördlicher Aufsicht. Dabei ist wichtig,

daß diese Aufsicht durch die gewählten Vertreter der Heilberufe überwacht und ausgeübt wird.

Infolge dieses einzigartigen, halbamtlichen Charakters haben die Kammern im Laufe der Zeit auf dem Gebiete des Gesundheitswesens wichtige und subtile Funktionen übernommen. Diese Funktionen hören auf, wenn die Kammern nicht mehr existieren oder ihren Rechtscharakter (Körperschaft des öffentlichen Rechts) verlieren. Es gibt zur Zeit keine Einrichtungen, auf die diese Funktionen übertragen werden können.

Letzten Endes sind die Kammern der Heilberufe entstanden aus der Anpassung der Heilberufsorganisationen an die Lebensbedingungen in Deutschland. Diese Lebensbedingungen sind anders als in USA. Der wichtigste Unterschied ist der, daß es in Deutschland eine Sozialversicherung gibt, die etwa 60 Prozent aller Pa-

tienten als Zwangsversicherte umfaßt. Dieser Zwangsversicherung der Kranken steht eine Zwangsorganisation der Ärzte gegenüber, die für die Sozialversicherung tätig sind. In ihrer kassenärztlichen Tätigkeit ist also die Ärzteschaft jetzt schon nicht frei.

Außerdem genießen in Deutschland Vereine mit freiwilliger Mitgliedschaft nicht das gleiche Ansehen und den gleichen Einfluß auf die öffentliche Meinung wie das in USA. der Fall ist.

Im folgenden beantworten wir die sechs Fragen und zeigen, wie die Auflösung der Kammern zu einer völligen Zersplitterung der Heilberufsstände und dadurch zu einer schweren Erschütterung des gesamten Gesundheitswesens führen muß. Diese Erschütterung des Gesundheitswesens träte zudem in einem Augenblick ein, in dem wegen der vermehrten Krankheitsgefährdung und Krankheitshäufung bei Mensch und Tier verbesserte Leistungen des Gesundheitsdienstes nötig wären.

I. Was sind die Folgen der Umstellung der Kammern auf „Eingetragene Vereine“ ohne Zwangsmitgliedschaft?

Vereine ohne Zwangsmitgliedschaft können nur für ihre Mitglieder, nicht aber für alle Angehörigen des Berufs Bestimmungen treffen. Wenn die Mitglieder mit diesen Bestimmungen nicht einverstanden sind, können sie austreten. Darum sind die Vereine niemals in der Lage, eine für den gesamten Berufsstand notwendige Berufsordnung zu erlassen und größere gesundheitspolitische Aufgaben zu lösen. Diese Aufgaben der bisherigen Kammern müßten dann von einer Behörde übernommen werden, die das Recht hat, über alle Ärzte zu verfügen. Das wäre die Gesundheitsabteilung bzw. Veterinärabteilung des Innenministeriums. Diese Abteilungen können aber diese Aufgaben nicht übernehmen, und zwar aus folgenden Gründen:

1. Sie besitzen dafür nicht die technischen und personellen Einrichtungen.
2. Sie stehen einer Reihe von Aufgaben der Kammern unerfahren und fremd gegenüber.
3. Sie sind nicht durch demokratische Wahlen zustande gekommen und genießen darum nicht das gleiche Vertrauen wie eine Kammer, deren Vertreter durch alle Mitglieder des betreffenden Heilberufes gewählt wurden. In bezug auf die Verwirklichung der Demokratie bedeutet die Auflösung der Kammern und die Übertragung eines wichtigen Teiles ihrer Aufgaben auf eine nicht durch Wahl zustande gekommene Behörde einen Rückschritt!

Weitere Folgen der Auflösung der Kammern und Zersplitterung der Heilberufe in einzelne Vereine ohne Zwangsmitgliedschaft wären:

1. Ungenügende und geschwächte Vertretung der Heilberufe gegenüber Behörden, Ämtern und den Trägern der Sozialversicherung.
2. Ungehemmter Konkurrenzkampf. Dadurch Absinken der ärztlichen Moral und Ethik. Politischer und wirtschaftlicher Wettbewerb anstatt Wettbewerb durch ärztliches Können und ärztliche Leistung. Untergang des soliden und gewissenhaften Arztes (Zahnarztes, Dentisten, Tierarztes, Apothekers). Gedeihen des bedenkenlosen und skrupellosen Arztes, der sich im Konkurrenzkampf mit allen Mitteln am besten durchsetzen kann.
3. Politisierung der Heilberufe mit der Gefahr der Wiederkehr eines getarnten Nazi-Arztiums.
4. Desorganisation auf dem Gebiet der Krankenernährung.
5. Desorganisation auf dem Gebiet der Schwangerschaftsunterbrechungen.
6. Desorganisation auf dem Gebiet des Fortbildungswesens.
7. Desorganisation auf dem Gebiet der Schulzahnpflege.
8. Desorganisation auf dem Gebiet der Fleischschau und Lebensmittelkontrolle.

II. Was sind die Folgen der Aufhebung der Berufsgerichtsbarkeit oder der Überleitung auf staatliche Stellen?

Die Berufsgerichtsbarkeit ist nötig zur Korrektur von Berufsvergehen, die durch das deutsche Strafgesetz nicht erfaßt werden können. Im Gegensatz zu USA. ahndet das deutsche Strafgesetz-

buch nur schwerste Berufsvergehen (mit Gefängnis, Berufsverbot oder beiden Strafen), während keine Möglichkeit besteht, leichtere Berufsvergehen mit einfachen Strafen, wie z. B. Verwarnung oder Verweis, zu sühnen. Darum wird die Folge der Aufhebung der Berufsgerichtsbarkeit Zerrüttung des Berufsethos sein.

Ungestraft werden möglich sein:

1. Konkurrenzkampf mit allen Mitteln.
2. Gefährliche Reklame.
3. Zügellose ärztliche Betätigung zugunsten des Gelderwerbs ohne Rücksicht auf das Wohl der Patienten.
4. Behandlung gegen Tauschware.
5. Ausstellung von Gefälligkeitsattesten.
6. Abtreibungen.
7. Falsche Facharztbezeichnungen.
8. Schutzlosigkeit der Berufsehre.

Die Berufsgerichtsbarkeit ist außerdem nötig, um frühere Urteile, die durch politische, religiöse oder rassische Gründe beeinflußt sind, im ordentlichen Verfahren zu mildern oder aufzuheben.

Für die Übertragung der Berufsgerichtsbarkeit auf den Staat kämen die Gesundheitsabteilung bzw. Veterinärabteilung des Innenministeriums oder die ordentlichen Gerichte in Frage. Die Gerichte können nur Vergehen nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch oder dem Strafgesetzbuch bestrafen. Sie haben für Vergehen gegen die Berufsehre oder gegen eine notwendige Berufsordnung keine gesetzliche Grundlage zum Eingreifen. Die Abteilungen des Innenministeriums werden nicht wie die Mitglieder der Berufsgerichte an den Kammern von allen Mitgliedern der betreffenden Heilberufe gewählt. Sie genießen darum nicht das gleiche Vertrauen wie eine gewählte Körperschaft. Es fehlen ihr auch die technischen und personellen Einrichtungen.

III. Was sind die Gründe für eine Beschränkung der Niederlassungsfreiheit?

Die Beschränkung der Niederlassungsfreiheit ist eine Folge unserer Notlage.

1. Der bestehende Mangel an Wohnräumen erfordert für jeden Zuzug in einen anderen Ort und für die Benützung einer größeren Wohnung eine behördliche Erlaubnis. Bei allen Gewerbetreibenden, Arbeitern und Angestellten wird diese Erlaubnis auf Grund der Bescheinigung des Arbeitsamtes vom Wohnungsamt und der Polizei erteilt. Heilberufe gehören nicht zu den Gewerbetreibenden und werden nicht durch die Arbeitsämter vermittelt. Darum muß eine andere Instanz die Notwendigkeit ihrer Arbeitsleistung an einem bestimmten Ort bescheinigen. Am besten stellen die freigeählten Vertreter der Organisationen der Heilberufe im Einvernehmen mit dem Innenministerium diese Bescheinigungen aus. Auf diese Weise kann für eine gleichmäßige Verteilung der Heilberufe in Stadt- und Landgebieten und für eine Auswahl der Tüchtigsten gesorgt werden.
2. Durch Maßnahmen des Nationalsozialismus ist ein ungesundes Verhältnis zwischen Bedarf an Ärzten und vorhandenem Nachwuchs eingetreten. Hitler züchtete Ärzte für seine Expansionspolitik. Deshalb wurde das Medizinstudium gefördert und gewährte während des Krieges Befreiung vom Frontdienst. Darum gibt es jetzt mehr Jungärzte, als dem tatsächlichen Bedarf entspricht. Eine Drosselung ist notwendig.

Der bayerische Landtag hat dieser Notwendigkeit durch Erlass eines Gesetzes, in dem die Niederlassungsfreiheit beschränkt wird, schon Rechnung getragen.

IV. Was sind die Folgen der Aufhebung der Beschränkung einer Niederlassungsfreiheit?

1. Regelung der Niederlassung durch Bürgermeister, Landräte, Flüchtlingskommissare, Wohnungsämter, die nur dem Vertreter eines Heilberufes eine Wohnung zur Verfügung stellen, der ihnen aus persönlichen oder politischen Gründen gefällt.

körperlich und seelisch anvertrauen. Unsere Bevölkerung ist in ihren Anschauungen so fortgeschritten und dem Arzt gegenüber so sachlich eingestellt, daß sie von dem Arzt ihres Vertrauens sehr genaue Untersuchungen verlangt. Das Vertrauen der Patienten und der Familien hängt von dem Grad der Sorgfalt ab, welche der Erkundung der leiblichen, geistigen, seelischen und selbst der Familienverhältnisse gewidmet wird, die jedem anderen vorenthalten wird.

Die Angehörigen eines solchen Berufs müssen größten Wert darauf legen, dieses hohe Vertrauen ungeschmälert zu erhalten. Sie haben in ihrer Gesamtheit ein Interesse daran, daß bei jedem ihrer Mitglieder streng auf die Einhaltung der nötigen technischen und wissenschaftlichen Sorgfalt, der Schonung des Patienten, der völligen ärztlichen Verschwiegenheit sowie auf eine vertrauenswürdige Lebensführung geachtet wird. Wäre das nicht der Fall, so würde das nötige schrankenlose Vertrauen zu einem Arzt sehr bald erschüttert werden.

Die Bevölkerung ebenso wie die Ärzteschaft hat großes Interesse an der ausreichenden wissenschaftlichen Vorbildung der Ärzte.

III. Mitglieder der Kammer sollen die Ärzte in ihrer Gesamtheit sein

Man könnte einwenden, daß diese Forderung der demokratischen Freiheit widerspricht. In einem freien und gesunden Land wäre dieser Standpunkt anzuerkennen; unter normalen Verhältnissen haben sich früher Ärzte frei niedergelassen. Ein Mann wie Robert Koch mußte demzufolge seine Praxis in elenden Ortschaften mehrfach aufgeben, da er sich gegen die Kurpfuscher des Ortes nicht durchsetzen konnte. Selbst unter gesunden Verhältnissen, wie wir sie in abschbarer Zeit nicht mehr haben werden, würde ein Zusammenschluß aller Ärzte und eine gegenseitige Forterziehung von großem Nutzen, auch für die Bevölkerung sein.

Die Folge zu starker Zusammenballung ist ein rücksichtsloser Konkurrenzkampf mit all den Folgeerscheinungen, welche sich in erster Linie zu Ungunsten der Bevölkerung auswirken...

Bei der Überfüllung des Landes mit Ärzten ist als Gegengewicht gegen unsoziale Ausschreitungen eine gegenseitige Beaufsichtigung der Ärzte unentbehrlich. Hierin wird das vornehmste demokratische Mittel erblickt, um auch bei schwächeren Elementen eine gesunde ärztliche Moral aufrechtzuerhalten. Im anderen Fall werden sich bald Kreise von Außenseitern bilden, die nur scheinbar dem Patienten dienen, deren Tätigkeit aber das Gegenteil rationeller wissenschaftlicher Behandlung darstellt und der Berücksichtigung des öffentlichen Wohles in keiner Weise Rechnung trägt.

Das Bevölkerungs-, d. h. das soziale Interesse ist wichtiger als das persönliche Interesse des Arztes.

IV. Ein Berufsgericht

soll gebildet werden. Ihm sollen nicht nur Ärzte, sondern auch ein unparteiischer Jurist angehören. Das Berufsgericht hat den folgenden doppelten Zweck:

Es gibt eine Reihe von Vergehen, welche das ärztliche Ansehen oder den Patienten oder die öffentlichen Mittel schädigen, die öffentliche Gesundheitspflege nachteilig beeinflussen und eine öffentliche Gefahr heraufbeschören können, die aber noch nicht strafrechtlich zu erfassen sind. Alle solchen Vergehen gegen ärztliches Gebot würden von dem Berufsgericht der Ärztekammern, also von einem Sachverständigengremium, erfaßt werden — ein demokratisches Vorgehen; ein Vorgehen andererseits im Interesse der Patienten oder der Öffentlichkeit, also ein spezifisch-soziales Vorgehen.

Andererseits werden auch Ärzte mit üblen Anschuldigungen verfolgt, die nicht selten völlig ungerechtfertigt sind. In einem solchen Fall würde der geschädigte Arzt das Recht haben, das Berufsgericht anzurufen, selbst das Verfahren gegen sich zu beantragen, um auf diesem Weg auf einer gerechten Klärung der Anklage zu bestehen. Das Berufsgericht kann also — in voller Übereinstimmung mit dem Angeschuldigten — dazu dienen, die persönliche Freiheit eines durch falsche Anschuldigung bedrohten Arztes zu wahren. Ein solches seit langer Zeit erprobtes Verfahren kann in der heutigen Zeit nicht ohne Schaden entbehrt werden.

Begegnung mit der gegenwärtigen amerikanischen Medizin

Auf dem Württembergischen Ärztetag¹ am 17. September 1947 in Stuttgart hielt Professor Dr. Ludwig Zuckschwerdt einen Vortrag über das Thema „Begegnung mit der gegenwärtigen amerikanischen Medizin“. Mit seinen Ausführungen wollen wir unsere Leser durch das folgende Referat bekanntmachen:

Zweieinhalbjährige Tätigkeit in chirurgischen Sonderlazaretten und als beratender Chirurg während amerikanischer Kriegsgefangenschaft in Frankreich bedingten die Begegnung mit der amerikanischen Medizin. Die Beurteilung der deutschen Medizin war besonders um das Kriegsende skeptisch. Je länger die Zusammenarbeit mit amerikanischen Chirurgen dauerte, desto mehr zeigte sich, daß die Unterschiede nicht groß sind, daß vielmehr, vor allem während des Krieges, Einzelgebiete der Medizin in beiden Ländern besonders gefördert worden waren ohne gegenseitige Kenntnis.

Die Organisation der amerikanischen Lazarette war gut. Sie zeigte sich besonders deutlich z. B. in den Laboratoriumseinrichtungen. Der systematische Laboratoriumsarbeit, mit großer Spezialisierung im einzelnen, wird in Diagnostik und Therapie erhebliche Bedeutung beigemessen. Bei jeder Sulfonamidverabreichung wird fortlaufend täglich der Sulfonamidblutspiegel neben der Urinausscheidung bestimmt. Vorwiegend verwendet wurde Sulfadiazin, ein wirksames Mittel, aber mit nicht zu unterschätzender Gefahr für die Nierenfunktion trotz aller Vor-

sichtsmaßnahmen. Bestimmung des Gesamteiwisses im Blut und der einzelnen Eiweißfraktionen wurde bei sehr zahlreichen chirurgischen und inneren Krankheiten „routinemäßig“ vorgenommen. Erniedrigte Werte wurden nicht nur bei Eiweißverlusten durch eiternde Wunden, Pleura- oder Gelenkempyeme (Eiweißverlustkachexie) gefunden, sondern auch bei Pylorusstenosen, Ileus, Karzinomen des Magen-Darmtraktes usw. Ausgleich der Eiweißstörung vor operativen Eingriffen und im Verlauf der Behandlung ist praktisch äußerst wichtig und beeinflusst entscheidend die Prognose. Das Studium der Verschiebung des Eiweißgleichgewichts im Blute bei *Feldnephritis* und *Hepatitis epidemica* war 1944 durch besondere Untersuchungskommissionen abgeschlossen. Systematische Eiweißzufuhr bei beiden Erkrankungen war die therapeutische Konsequenz. Ein neues Anwendungsgebiet dieser Forschung ergaben die sehr zahlreichen Erkrankungen an Hungerödem Ende 1945, größtenteils aus französischen Lagern. Odembildung ist häufig direkt abhängig von der Eiweißgleichgewichtsstörung, kann aber auch nach Ausgleich derselben bestehen bleiben oder rezidivieren, vielleicht auf Grund zentraler nervöser Störung. Häufige Kombinationen des Hungerödems mit *Extremitätengrän*, *Penisgangrän*, *Ohrengangrän*, legt auf Grund histologischer Untersuchungen ebenfalls den Verdacht auf das Bestehen von Störungen der *zentralen Gefäßinnervation* im Mittelhirn nahe. Im Notfall geben *Kupfersulfatmethode* und *Hämatokritbestimmung* genügende Orientierung über die Blut-eiweißverhältnisse. Bei der Unmöglichkeit oraler Eiweißzufuhr wurde anfangs menschliches *Trockenplasma* ohne Blutgruppen-

¹ Vgl. Südwestdeutsches Ärzteblatt, Heft 10/11, 1947, Seite 75

eigenschaften mit gutem Erfolg zur intravenösen Therapie verwendet. Später zeigten die Untersuchungen der Harvardgruppe Überlegenheit reiner Albumininfusionen. Die Trennung der Aminosäuren in lebenswichtige und unwichtige (W. C. Rose) und neue Reinigungsverfahren hydrolysierten Eiweißes eröffnen die Aussicht auf eine gezielte Eiweißtherapie. Das deutsche Periston, ein Polyvinylalkohol, infolge seiner kolloidalen Eigenschaften ein vollwertiges Transportmittel im Blute für Arzneimittel, Vitamine usw., war unbekannt. Die Differenzierung der Plasmafraktionen mittels der Ultrazentrifuge (Cohen) führte zur Darstellung des *Gammaglobulins*, dem Immunkörperträger im Blute, mit praktischer Anwendung gegen Masern, Hepatitis epidemica usw.

Für die Bluttransfusionen wurden Blutkonserven (von uns höchstens acht Tage alt angewandt) in der Blutbank vorrätig gehalten. Das Blut stammte von Spendern der Gruppe 0. Untersuchung auf Malaria und Kahn'sche Reaktion wurden sofort nach Entnahme durchgeführt. Vor der Transfusion wurden Kreuzungs- und Ohlecker'sche Vorprobe durchgeführt. Für einzelne Fälle erwies sich die Frischbluttransfusion dem kalten Konservenblut überlegen, das wegen der Hämolysegefahr nicht erwärmt werden darf. Die Bestimmung des Rh-Faktors wurde, wenn irgend möglich, durchgeführt. Dieser wurde 1940 von Landsteiner und Wiener in New York entdeckt. Meerschweinenserum reagiert nach Einverleibung von Blutkörperchen des Rhesusaffen mit den Blutkörperchen von 85 Prozent der Menschen weißer Rasse. Diese werden als Rh-positiv bezeichnet. Diese Eigenschaft, unabhängig von den klassischen Blutgruppen 0, A, B und den Faktoren M, N und P hat praktische Bedeutung, vor allem für die Entstehung der *Erythroblastosen der Neugeborenen* (Dahr), auch als hämorrhagische Fetosen zusammengefaßt. Ihre Entstehung ist möglich bei Rh-positivem Vater und Rh-negativer Mutter, die einzelnen Krankheitsbilder sind *Erythroblastenanämie*, *Icterus neonatorum*, *Hydrops congenitus*. Vorzeitiges Absterben derartiger Früchte erklärt die Bedeutung des Rh-Faktors für *habituellen* Abort. Außerdem ist der Faktor Ursache sonst unerklärlicher Reaktionen nach gruppengleicher Bluttransfusion. Ferner besteht die Möglichkeit einer künstlichen Immunisierung des Rh-negativen Empfängers durch Rh-positives Blut. Ist der Empfänger eine Rh-negative Frau, so können bei Heirat mit Rh-positivem Vater bereits die ersten Kinder einer der genannten Neugeborenenkrankheiten erliegen.

In der *Schmerzbekämpfung* wurden Lokalanästhesien weniger, Spinalanästhesien (auch bei kleinen Eingriffen) häufiger ausgeführt als bei uns. Für *allgemeine Narkose* bilden Gase (Lachgas, Cyclopropan) die Grundlage. Dies bedingt die regelmäßige Anwendung von *Narkosemaschinen*. Auffallend ist die Häufigkeit *intratrachealer Narkose*, die jedoch gelegentlich zu Reizzuständen in der Trachea führt. Daher rühren vielleicht die häufigen Mitteilungen über den *postoperativen Lungenkollaps* in Amerika. Der Pneumothorax zu dessen Bekämpfung war weitgehend unbekannt. Interessant ist die Anwendung des Muskelgiftes *Curare* zur Erreichung völliger Muskelschlaffung bei Bauchoperationen, zusammen mit intravenöser Narkose.

Prophylaktisch und postoperativ wurden in der *Infektionsbekämpfung* Penicillin und Sulfonamide planmäßig angewandt. Penicillin erwies sich in vieler Richtung als hervorragend. So wurden vom Redner unter Penicillinwirkung 36 Hirnabszesse in toto extirpiert mit nur zwei Todesfällen. *Penicillin ist kein Allheilmittel* und ersetzt nicht die chirurgische Therapie bei chirurgischen Infektionen. Vor Penicillinanwendung wurde das Verhalten der betreffenden Erreger gegen Penicillin geprüft, um *Penicillinresistenz* rechtzeitig festzustellen.

In der Behandlung der *Verbrennung* wurde die *Tanninbehandlung* wegen Leberschädigungen verlassen. Neu ist die Behandlung mit elastischen Druckverbänden zur Verhinderung des Verbrennungsödems. Die Bestimmung des Hämatokrit und des Eiweißgehaltes im Blut ergibt die Anzeige zur *Flüssigkeitszufuhr*. Bis zu 15 Liter Kochsalzlösungen pro Tag mußten bis zur Wiederherstellung der Körperkonstanten transfundiert werden.

In der Behandlung der *Kriegsweichteilverletzungen* erwies sich die Einführung der *verzögerten Primärnaht*, fünf bis acht Tage

nach der Verwundung, bei Ausbleiben der Infektion, als großer Fortschritt.

Bei *Hirnverletzungen* wurde anfangs primärer Verschluss der Dura nicht so grundsätzlich angestrebt wie bei uns, mit dem Ergebnis vieler Hirnabszesse. Zur Deckung von Schädeldefekten hat sich ein neues Metall, *Tantalum*, sehr bewährt. Die Deckung mit Plexiglas hat den Vorteil des Ausbleibens der Erwärmung bei Sonnenbestrahlung.

Bei frischen *Lungenverletzungen* wurden die Blutgerinnsel frühzeitig operativ ausgeräumt (*Dekortikation*). Auch Lungensteckschüsse wurden möglichst frühzeitig entfernt. Penicillin hat sich in der Lungenchirurgie besonders bewährt. Vom Redner wurde die Entfernung von pleuraler und corticaler Schwarte bis zum Mediastinum mit Wiederentfaltung der kollabierten Lunge (*Dekortikation*) bei *Resthöhlen* in zahlreichen Fällen mit großem Erfolg angewandt. Bei *Lungentuberkulose* wird in geeigneten Fällen die *Lappenentfernung* angewandt. In der Frage der *Thorakoplastik* kommen die Amerikaner auch auf das in Deutschland seit langem übliche selektive Vorgehen (Wangensteen). Die Anwendung des neuen antibiotischen Mittels *Streptomycin* wird von der Mayoklinik skeptisch beurteilt.

Die in Deutschland von *Sauerbruch* und *Knacke* 1933 betonte und experimentell begründete Wirkung der Geschlechtshormone auf die *Carcinomentwicklung* wurde in Amerika durch die günstige Beeinflussung von *Prostatakarzinomen* mit Metastasen durch die *Kastration* bewiesen. Das chirurgische Vorgehen wurde durch Hormonverabreichung ersetzt.

In der *Bauchchirurgie* wird nach *Wangensteen* die postoperative *Dauerabsaugung des Magens* mit dünner Nasensonde mit Recht als großer Fortschritt empfunden. Die Exstirpation des *Pankreaskarzinoms* und des *Ösophaguskarzinoms* wurden zu typischen Eingriffen ausgebaut. Bei *Aneurysmaoperationen* wird die alte Methode der rekonstruktiven Wiederherstellung der Gefäßlichtung nach *Matas* häufig ausgeführt. Höhepunkte der amerikanischen *Gefäßchirurgie* sind die erfolgreiche Umgehung der angeborenen Pulmonalisstenose durch Anastomose mit der Art. subclavia und die Beseitigung der Aortenstenose durch Resektion und End zu End-Naht. Eine neue Metallegierung, *Vitalium*, wurde als Prothese zur Gefäßanastomose, der alten Payr'schen Magnesiumprothese nachgebildet, eingeführt. Hiermit wurden erfolgreiche Anastomosen zwischen Milz- und Nierenvene bei Lebercirrhose zur Ableitung des Pfortaderblutes ausgeführt.

Bei *Schußfrakturen* wurden 1944 von Amerikanern noch öfter Fremdkörper, wie Lane'sche Schienen, versenkt, mit dem zu erwartenden schlechten Erfolg. Später wurden sie verboten. Auffallend war das geringe Interesse der Amerikaner für Heilgymnastik und Versehrtensport. Gelenkversteifungen waren keine Seltenheit bei Nervenverletzungen und Schußfrakturen. Auch die Friedensunfallchirurgie der Amerikaner ist wesentlich mehr *operativ eingestellt* als unsere. Die anderen Verhältnisse in bezug auf Sozialversicherung in Amerika mit dem Wunsche möglichst kurzen Krankenhausaufenthaltes mögen eine Rolle spielen.

Kurz zur *inneren Medizin*: In der Seuchenbekämpfung hat sich das Dichlor-Diphenyl-Trichloräthan (*DDT*), 1874 von A. v. Bayer dargestellt, als fast universelles Insektengift 40 Jahre später von den Schweizern *Länger*, *Mandlin* und *Müller* erkannt, außerordentlich bewährt.

Bei *Herzkrankungen* wird *Strophantin* in Amerika weitgehend abgelehnt. Der Redner hatte den Eindruck verschiedener Wirksamkeit der in beiden Ländern verwendeten Präparate. Dagegen wird *Strychnin* wesentlich häufiger angewendet.

In der Behandlung der *Thyreotoxikose* hat sich *Thiouracil* weitgehend durchgesetzt. Es hemmt Ausscheidung und Produktion des Schilddrüsenwirkstoffes. Präoperativ hat es sich dem Redner sehr bewährt.

Bei *Hepatitis epidemica* und *Feldnephritis* wurde bei Senkung des Eiweißspiegels im Blut mit bestem Erfolg frühzeitig und dosiert Eiweiß peroral, oder als Plasma i. v. zugeführt.

Die Zusammenarbeit mit amerikanischen Chirurgen war gut. Das Trennende entfremdeter Völker schwieg, wenn die Ärzte sich am Krankenbett trafen.

Aus dem Versorgungs Krankenhaus Tübingen. (Chefarzt Dr. Dobler)

Ein diagnostischer und therapeutischer Beitrag zum Lathyrismus

Von Dr. med. Clemens Faust

In dem ehemaligen Versorgungs Krankenhaus Ochsenhausen war Gelegenheit, die Symptomatologie der in Deutschland früher wohlbekannteren und jetzt in Vergessenheit geratenen Krankheit Lathyrismus zu studieren. Die Krankheitsträger waren entlassene Kriegsgefangene aus Südfrankreich, die dort nach längerem, überwiegend Genuß von Futtererbsen erkrankten. Sie kamen nach mehrmonatigem Lazarettaufenthalt aus der Kriegsgefangenschaft in das Heimatkrankenhaus. Da inzwischen eine größere Anzahl Lathyrismuskranke in die verschiedensten Teile Deutschlands zurückgekehrt ist, erscheint dieser diagnostische und therapeutische Hinweis angebracht.

Der Lathyrismus spielt in den Mittelmeerländern und vor allem in Indien auch jetzt noch eine wichtige Rolle. Erst im Frühjahr dieses Jahres veröffentlichte ein englischer Autor (Jacoby) Beobachtungen, die er an 50 Fällen einer Epidemie sammeln konnte. Durch diese Epidemie wurden allein in einem Bezirk Indiens im Jahre 1946 rund 1200 Fälle erfaßt.

Der Lathyrismus stellt eine Krankheit der Notzeiten dar, in denen das Mehl bestimmter krankmachender Erbsensorten unter das Brotgetreide gemischt zu werden pflegt. Von 30 als giftig bekannten Sorten der Lathyrusgruppe (Platterbse) werden vorwiegend drei Sorten zur menschlichen Ernährung verwendet (*Lathyrus sativus*, *L. cicera*, *L. clymenum*). Nach eigenen Beobachtungen und auf Grund der Literaturberichte muß die Nahrung zu über 70 Prozent aus dem toxisch wirkenden Erbsmehl bestehen, um nach einer Zeitspanne von 4—5 Monaten zum Krankheitsausbruch und zu irreparablen Veränderungen am Nervensystem zu führen. Die entsprechenden Plattersensorten führen nicht nur beim Menschen zu körperlichen Schäden, sondern rufen bei Tieren ähnliche Krankheitserscheinungen hervor (z. B. bei Schafen, Schweinen und Pferden). Auch im Tierversuch an Kaninchen, Tauben, Hunden und Meerschweinchen konnte man die Toxizität bestimmter Lathyrusarten durch Injektion von Extrakten nachweisen. Aus den gleichen Versuchen stammen anatomische Befunde mit Veränderungen im Bereich der vorderen Zentralwindung, den Pyramidenbahnen und den Kleinhirnsseitenstrangbahnen. Der Name Lathyrismus wurde von *Cantani* anlässlich einer Epidemie in Neapel im Jahre 1873 geprägt.

Der Krankheitsverlauf ist sehr charakteristisch und zeigt von Fall zu Fall nur geringe Variationen. Die ersten Krankheitszeichen bestehen in heftigen Wadenkrämpfen, die vorwiegend nachts auftreten und auch tagsüber zu einer gewissen Gehbehinderung führen können. Bricht man in diesem Stadium die Lathyrusernährung ab, so schreitet die Krankheit trotzdem fort und führt meist nach wenigen Tagen, längstens Wochen, zu einer zunehmenden spastischen Lähmung der beiden unteren Extremitäten. In einem Teil der Fälle treten vorübergehend Schwierigkeiten beim Wasserlassen und beim Stuhlabsetzen auf, vorwiegend infolge einer Schwäche der Bauchpressen. Die Blasenmuskulatur selbst scheint bei den Miktionsstörungen geringgradig mitbeteiligt. In manchen Fällen wird zur gleichen Zeit über vermehrte Erektionen geklagt. Störungen der Sensibilität stehen den Lähmungen gegenüber im Hintergrund. Sie beschränken sich, wenn überhaupt vorhanden, fast durchwegs auf die Füße, seltener auf die Hände, und äußern sich in einem gewissen Taubheitsgefühl und einer geringen Pelzigkeit der Haut in diesen Abschnitten. Im Endstadium, in dem die Patienten hier in Deutschland zur Beobachtung kamen, waren wesentliche Sensibilitätsstörungen nicht mehr nachweisbar. In stärkerem Maße treten vegetative Regulationsstörungen in Erscheinung, sie führen manchmal zu vasomotorischen Kollapszuständen und rufen subjektives Kältegefühl an den Füßen und vermehrte Schweißabsonderung hervor. Vielfach findet sich bei Blickbewegungen in den Endstellungen ein Nystagmus mittleren Grades mit rotatorischem Einschlag. Auf dem Höhepunkt der Krankheit, der einige Wochen nach

Beginn erreicht wird, klagen die Kranken meist über Merkschwäche, erhöhte Reizbarkeit und Ermüdbarkeit. Die Phase stärkster Lähmung erstreckt sich über mehrere Monate. Dabei muß betont werden, daß die Lähmungserscheinungen sich fast generell auf die unteren Extremitäten und die untere Bauchmuskulatur beschränken. Die Reflexe sind klonisch gesteigert, häufig geringgradig seitendifferent, entsprechend der Lähmung, die im allgemeinen an einem Bein stärker ausgeprägt zu sein pflegt. Fast konstant finden sich krankhafte spastische Reflexe, vorwiegend Babinski und Rossolimo, während die anderen Pyramidenbahnzeichen, wie Gordon, Oppenheim und Mendel selten sind. Die Lähmung bevorzugt in vielen Fällen die Gesäßmuskulatur und die Fußmuskulatur, so daß eine eigenartige charakteristische Gangstörung zustande kommt. Durch starkes Überwiegen der Wadenmuskulatur und der Adduktoren sind die Patienten gezwungen (falls sie überhaupt gehfähig sind), mit stark vornüber gebeugtem Oberkörper, mit Hilfe zweier Krücken aus der Hüfte heraus mühsam die Beine unter Schleifen des Vorderfußes bogenförmig nach vorn zu setzen. Beim Hochheben des Fußes kommt es dann vielfach zu einem scherenförmigen Überkreuzen der Beine. Die Trophik der Muskulatur zeigt sich nur wenig beeinträchtigt. Im Anfang werden manchmal fibrilläre Zuckungen beschrieben. Die elektrische Erregbarkeit der Muskulatur ist in allen Fällen regelrecht. Nach etwa 5—6 Monaten Krankheitsdauer stellt sich auch ohne Behandlung eine gewisse Besserung ein. Die Blasen- und Mastdarmstörungen verschwinden, Sensibilitätsstörungen sind nicht mehr nachweisbar, die vegetativen Erscheinungen gehen zurück und die psychischen Störungen, vor allem die Merkschwäche, werden nicht mehr beobachtet. Einige Kranke, die im Stadium der ausgeprägtesten Symptomatologie punktiert werden konnten, boten Liquorveränderungen mit erhöhten Eiweißwerten und erhöhtem Eiweißquotienten. Im Endzustand wurden keine Liquorveränderungen mehr gefunden. Weder zu Beginn noch im weiteren Verlauf bestehen erhöhte Temperaturen, Magen-Darmerkrankungen oder Hautausschläge, wie man sie bei einer toxischen Erkrankung erwarten könnte.

Das im Augenblick besonders interessierende Endstadium (frische Fälle wurden in Deutschland bisher nicht beobachtet) entspricht dem einer spastischen Spinalparalyse. Das Krankheitsbild wird von der spastischen Paraparese der Beine mit gelegentlichen Muskelkrämpfen, gesteigerten Beinreflexen und spastischen Zeichen beherrscht. In einzelnen Fällen ist auch im Endstadium noch ein Nystagmus zu beobachten. Wie die neueste Erfahrung lehrt, wird das Zustandsbild ohne Kenntnis der Vorgeschichte gelegentlich mit dem der multiplen Sklerose verwechselt. Kleinere Unterschiede im Verlauf, insbesondere das mehr oder weniger starke Hervortreten sensibler Ausfälle, wird von einigen Autoren auf die Verschiedenheit der konsumierten Plattersensorten zurückgeführt; z. B. soll *Lathyrus sativus* keine Sensibilitätsstörungen verursachen und auch das Allgemeinbefinden weniger beeinträchtigen, während Vergiftungen mit *Lathyrus cicera* häufig mit sensiblen Ausfällen vergesellschaftet sind.

Der Wirkungsmechanismus des Giftes, das offenbar eine besondere Affinität zum Zentralnervensystem hat, ist noch nicht näher bekannt. Vielfach vermutet man, daß die Voraussetzung für die Toxizität auf einem besonderen Mangel von Vitamin B₁ beruht. Besondere Vitamin-B-Mangelerscheinungen sind aber nur in einem geringen Prozentsatz nachzuweisen (um 15 Prozent). Man kann auch nicht durch künstliche Zuführung von Vitamin B eine wesentliche Besserung erzielen. Es ist auch keine allgemeine Körperschwäche oder Unterernährung für das Auftreten der Krankheit erforderlich. Neben den Giftstoffen enthalten die Lathyrussamen genügend Nahrungsstoff, so daß die Patienten sich nach den Mahlzeiten subjektiv gesättigt fühlen, nicht an Körpergewicht abnehmen und auch keine Abneigung gegen die Er-

nahrung empfinden. Dadurch ist die Gefahr besonders groß, daß die giftige Nahrung bis zum Ausbruch der Krankheit laufend genommen wird.

Im Endstadium des Lathyrismus ist ebenso wenig wie zu Beginn eine Wiederherstellung ad integrum möglich. Die Therapie muß sich darauf beschränken, eine Gehverbesserung zu erzielen und eine Linderung der lästigen Spasmen und Krämpfe zu erreichen. In der ausländischen Literatur wird für die ersten Monate der Krankheit vor allem Prostigmin empfohlen. Man gibt 10 Tage lang pro Tag 1 mg intramuskulär und in den nachfolgenden Wochen pro Tag $\frac{1}{2}$ mg. Anfangs kombiniert man die Prostigmin-Medikation mit 2,0 Vitamin-B-Komplex. Das Behandlungsergebnis soll ein so gutes sein, daß bettlägerige Kranke zum Aufstehen kommen und sich an zwei Krücken fortbewegen können, während die an Krücken Gehfähigen an einem Stock und zum Teil ohne Stock gehen lernen sollen. Im Endstadium konnten wir bei Behandlung nach gleichem Schema keinerlei Erfolg sehen. Es trat im Gegenteil durch das Prostigmin eine Vermehrung der Muskelkrämpfe und der Spasmen auf, so daß die Gehbehinderung zunahm. Dagegen erwies sich Vitamin-B-Komplex bei stärkeren Muskelkrämpfen, worunter die Patienten besonders bei Kälteeinwirkungen leiden, als außerordentlich segensreich.

Die nachhaltigste Wirkung auf die Spastizität und die Krampfneigung der Muskeln wurde durch Kombination mehrerer Mittel erzielt. Neben heißen Bädern und dem oben erwähnten Vitamin-B-Komplex war vor allem die Anwendung einer Atropinkur erfolgreich. Die Patienten erhielten tropfenweise ansteigend bis zu dreimal 6 Tropfen einer $\frac{1}{2}$ prozentigen Atropinlösung über längere Zeit. Das Nachlassen der Spasmen wurde sowohl subjektiv empfunden und konnte auch objektiv nachgewiesen werden. In mehreren Fällen haben wir durch Tenotomie beider Achillessehnen und Stoffelung der Adduktoren eine wesentliche Gangverbesserung erzielt, so daß viele Patienten, die sich kaum fortbewegen konnten, mit Hilfe eines Stockes oder sogar ohne Stock gehfähig wurden.

Wenn das Lathyrismusproblem im Augenblick nur für das Endstadium in Deutschland Bedeutung erlangt hat, so zeigt die Geschichte des Lathyrismus, daß in der heutigen Notzeit auch mit dem akuten Auftreten der Krankheit in Deutschland zu rechnen ist. Im Hinblick darauf erscheint die Prophylaxe der Erkrankung von besonderer Wichtigkeit, und zwar in der Form, daß der Anbau und der Verbrauch dieser toxischen Erbsensorten überwacht wird, um die schweren irreparablen Lähmungen zu verhüten.

Tuberkulose-Schutzimpfung

Von Ober-Med.-Rat Dr. Eugen Schrag, beratender Tuberkulosearzt des Innenministeriums, Stuttgart

Die Zahl der den Gesundheitsämtern bekannten Tuberkulosefälle steigt dauernd weiter an, besonders bei den Kindern; so hat sich im Jahre 1946 die Zahl der den Gesundheitsämtern Württemberg-Badens bekannten, an aktiver Tuberkulose leidenden Kinder mehr als verdoppelt. Dies ist bei den jetzigen Wohn- und Lebensverhältnissen und der damit im Zusammenhang stehenden wesentlichen Steigerung der Ansteckungsgefährdung nicht zu verwundern. Wir haben seit der Besetzung in Nord-Württemberg schon vier schwere Tuberkulose-Endemien in Kindergärten und Schulen erlebt; zweimal war die Ansteckungsquelle eine Kindergärtnerin, einmal ein offentuberkulöses Kind und einmal konnte die Ansteckungsquelle nicht mit Sicherheit festgestellt werden. Insgesamt wurde dabei gefunden: Von 582 fast durchweg im Alter von 3—6 Jahren stehenden Kindern waren 342 tuberkulin-positiv; 201, also über ein Drittel der Kinder, erkrankte an aktiver Tuberkulose, 5 Kinder sind gestorben. Tuberkulose-Endemien in dieser Schwere und in diesem Ausmaß haben wir in Jahrzehnten nicht erlebt, obwohl wir auch schon früher ansteckende Personen in Kindergärten, Schulen usw. gefunden haben. Diese Änderung gegenüber früher kann nur mit vermehrter Anfälligkeit der Kinder erklärt werden, die sehr wahrscheinlich durch die Verschlechterung, insbesondere die qualitative Verschlechterung der Ernährung begründet ist.

Ein weiterer Anstieg der Tuberkulose, insbesondere bei den Kindern und Jugendlichen, bedingt durch die vermehrte Ansteckungsgefährdung und die erhöhte Anfälligkeit, ist auch in Zukunft bei uns zu erwarten, da mit einer wesentlichen Besserung unserer Lebensverhältnisse in absehbarer Zeit nicht zu rechnen ist. Eine wirksame Schutzimpfung gegen Tuberkulose ist deshalb für uns von noch größerer Bedeutung als für weniger notleidende Länder.

Die freiwillige Anwendung der Tuberkulose-Schutzimpfung nach Calmette wurde schon in einem Erlaß des früheren Reichs-

ministers des Innern vom 15. Jan. 1945 gestattet. In Württemberg wurde aber nur in einem Gesundheitsamt (Ulm) auf Grund dieses früheren, auch jetzt noch gültigen Erlasses geimpft. Bei Millionen von Impfungen im Ausland hat sich gezeigt, daß die Impfung unschädlich und wirksam ist. Ich verweise auf den folgenden Aufsatz von Dr. Hirsch, Ulm. Es ist deshalb beabsichtigt, die freiwillige Impfung in größerem Umfang als in dem Erlaß von 1945 vorgesehen war, aufzunehmen. In erster Linie sollen die besonders tuberkulosegefährdeten Personen aller Altersklassen die Möglichkeit zur Impfung bekommen. Außerdem werden die Kinder im Alter von 3—9 Jahren auf die B.C.G.-Impfung dadurch jetzt vorbereitet, daß bei allen Kindern eine Tuberkulinprobe gemacht wird; bei den nichtreagierenden Kindern wird dann festgestellt, ob die Erziehungsberechtigten mit der Durchführung der Impfung einverstanden sind.

Das Dänische Rote Kreuz stellt uns dankenswerter Weise Impfstoff, Tuberkulin, Spritzen usw. unentgeltlich zur Verfügung. Es ist natürlich für uns von besonders großem Wert, den bei vielen hunderttausend Impfungen bewährten, unter ständiger strengster Kontrolle stehenden dänischen Impfstoff aus dem Staatlichen Seruminstitut in Kopenhagen zu bekommen. Dr. Holm, der Leiter dieses Instituts, hat die B.C.G.-Impfung nicht nur in Dänemark, sondern auch in vielen anderen Ländern organisiert. Er ist wohl jetzt der beste Kenner der B.C.G.-Impfung, dessen Erfahrungen für uns von größtem Wert sind. Die Durchführung der Impfung auf Grund der dänischen Erfahrungen und mit dänischem Material gibt uns eine Garantie für richtige, gefahrlose und wirksame Impfung. Dem Dänischen Roten Kreuz ist es zu verdanken, wenn jetzt in großen Teilen des notleidenden Europas die B.C.G.-Impfung durchgeführt wird; unsere dänischen Nachbarn erwerben sich dadurch das allergrößte Verdienst im Kampf gegen die weiße Pest.

Die Calmette-Impfung

Von Dr. med. Paul Hirsch, Tuberkulosefürsorgearzt in Ulm

Das Calmette-Verfahren, d. h. die Schutzimpfung gegen Tuberkulose mit Hilfe lebender, jedoch avirulenter Tuberkelbazillen, ist seit 1945 auch in Deutschland erlaubt, aber erst in diesem Jahr in einzelnen deutschen Ländern in Anwendung gekommen. In Schleswig-Holstein, seit neuestem auch in Hessen, ist eine größere Impfkaktion mit Unterstützung dänischer Impf-Teams be-

reits im Gange. In Süddeutschland ist bisher nur im Gesundheitsbezirk Ulm eine Anzahl von Kleinkindern und Jugendlichen mit Hilfe dieses Verfahrens Schutzgeimpft worden.

Die Geschichte der Calmette-Impfung bis zum Jahre 1930, dem Jahr des sogenannten „Lübecker Unglücks“, dürfte noch bekannt sein. Wenig unterrichtet ist man (vor allem mangels ent-

sprechender deutschsprachiger Literatur) über die weitere Entwicklung dieses Verfahrens und die außerhalb Deutschlands damit erzielten Erfolge, da die Calmette-Impfung in Deutschland nach dem Jahre 1930 kaum mehr angewandt wurde.

Der Franzose Calmette ging seinerzeit von der Feststellung aus, daß es weder mit abgetöteten Tuberkelbazillen noch mit deren Stoffwechselprodukten, oder auch dem sogenannten „Kaltblüter-Tuberkelbazillus“ gelingt, eine Immunität gegen Tuberkulose zu erreichen. Er nahm an, daß nur in Nachahmung des natürlichen Vorgangs der Ansteckung mit lebenden Tuberkelbazillen — in Analogie zur praktisch kaum oder zum mindesten selten vorkommenden Superinfektion — ein gewisser Schutz gegen eine Neuinfektion durch Tuberkelbazillen sowohl beim Menschen als auch beim Tier erreicht wird.

Calmette legte sich auf den bovinen Tuberkelbazillus fest und kündigte im Jahre 1908 an, daß es ihm und seinem Mitarbeiter Guerin vom Pasteur-Institut gelungen wäre, einen Stamm boviner Tuberkelbazillen nach Kultur auf Kartoffeln, unter Zusatz von Rindergalle, soweit abzuschwächen, daß er seine Virulenz verloren habe.

Zwölf Jahre später berichteten Calmette und Guerin, daß dieser später „B.C.G.-Bazillus“ genannte Stamm auch bei intravenöser Einverleibung für den Menschen völlig harmlos sei. Heute kann angenommen werden, daß eine Änderung der Virulenz dieses Stammes auch bei der seit 1930 üblichen Züchtung des B.C.G.-Stammes auf anderen Nährböden nicht auftritt.

Das ursprüngliche Verfahren Calmettes bestand in einer peroralen Verabreichung einer Suspension seiner avirulenten Tuberkelbazillen-Aufschwemmung an Neugeborene und Kleinkinder. Diese Methode ist bis zum Jahre 1930 auch in Deutschland angewendet worden, dann aber, durch das schon erwähnte „Lübecker Unglück“ (bei dem ein B.C.G.-Stamm mit einer virulenten Tuberkelbazillenkultur verwechselt wurde) in Mißkredit gekommen und praktisch aufgegeben worden. Das Verfahren hatte zweifellos auch in dieser Form Erfolge gezeitigt, wenngleich letztere sich zahlenmäßig nur schwer erfassen lassen und die von Calmette selbst veröffentlichten Statistiken nicht den Eindruck absoluter Zuverlässigkeit machen. Es ist im Auslande jedenfalls durch Jahre und zum Teil in großem Umfang angewandt worden.

Die Skandinavier Heimbeck, Walgreen, Hansen u. a. gingen in den Jahren 1924—1926 zur subkutanen und später zur intradermalen Injektion der Bazillensuspension über. Während des Krieges sind erfolgreiche Versuche mit dieser Methode auch in Wien gemacht worden. In den letzten 20 Jahren verbreitete sich die Methode schnell und wird zur Zeit in großem Maßstabe, vor allem in Dänemark und den skandinavischen Ländern, jedoch auch in England, Frankreich und Rußland und in anderen Ländern angewendet. Neuerdings wird auch die perkutane Applikation (wie bei der Pockenschutzimpfung) empfohlen; sie hat sich jedoch noch nicht durchgesetzt, da ihre Erfolge nicht so eindeutig sind wie bei der intrakutanen Methode.

Die zahlreichen aus den genannten Ländern vorliegenden Statistiken sprechen eindeutig für den außerordentlichen Wert des Calmette-Verfahrens in bezug auf das Absinken sowohl der Morbidität als auch der Mortalität der Geimpften; wenngleich ein absoluter Impfschutz durch die Methode natürlich nicht gewährt wird. Die Bazillen erzeugen eine aktive Immunität, die entweder das Haften der natürlichen Infektion gänzlich verhindert oder ihren Verlauf so mildert, daß an Stelle klinischer Krankheitserscheinungen eine stumme Feihung und dadurch ein weiterer verstärkter Impfschutz erzielt wird. Das Eintreten des Impfschutzes geht bis zu einem gewissen Grade mit der Dauer und Höhe der nach der Impfung auftretenden Tuberkulinempfindlichkeit parallel.

Für die Impfung kommen zunächst nur tuberkulin-negative Individuen in Betracht. Bei positiv auf Tuberkulin Reagierenden ist die Impfung vermutlich überflüssig, da diese gegenüber einer exogenen Tbc.-Infektion bereits über einen gewissen Schutz verfügen. Vier bis sechs Wochen vor der Impfung und bis zum Positivwerden der Tuberkulinreaktion ist, laut Originalvorschrift Calmettes, jeder Kontakt mit Tuberkulösen nach Möglichkeit zu

vermeiden, da es denkbar ist, daß im nach der Impfung eintretenden praecallergischen Stadium die Entwicklung einer natürlichen Infektion begünstigt werden kann. Ob diese vor Jahren aufgestellte Forderung heute noch zu Recht besteht, wird, insbesondere von englischer Seite, angezweifelt. Holm, wohl der beste Kenner der B.C.G.-Impfung, ist auf Grund seiner großen Erfahrungen der Überzeugung, daß die Impfung im praecallergischen Stadium unschädlich und auch die Aktivierung einer älteren, schon bestehenden Tuberkulose nicht zu befürchten ist.

Der Impfschutz erstreckt sich vermutlich auf 4—6 Jahre.

Praktisch wird bei der Impfung folgendermaßen vorgegangen:

1. Vorprüfung mit Tuberkulinsalbe oder bei negativem Ausfall mit intrakutaner Injektion von Tuberkulin 1 : 1000 oder 1 : 100. Nachschau immer am dritten Tage.
2. Bei negativem Ausfall aller Tuberkulinreaktionen Impfung mit 0,1 ccm. B.C.G.-Impfstoff intrakutan.
3. Nach 6—8 Wochen erneute Überprüfung des Ausfalles der Tuberkulinreaktion mit Tuberkulin 1 : 100 und nötigenfalls eine Zweitimpfung.

Da die Haltbarkeit des Impfstoffes auf 10—14 Tage beschränkt ist, sind praktisch nur Impfungen größerer Gruppen durchführbar.

Über das Calmette-Verfahren liegen zahlreiche Erfolgsstatistiken vor, die hier nicht alle mitgeteilt werden können.

Zur Illustration sei die sogenannte Gotenberg-Statistik (Schweden) angeführt. Hier wurden ab 1927 alle Kinder in tuberkulösem Milieu entweder bei der Geburt oder sonst bis zu einem Alter von 6—7 Jahren geimpft. Die Erwachsenensterblichkeit ab 1912 wurde als Vergleichsstatistik benutzt. Die Kindersterblichkeit zeigt eine scharfe Senkung, beginnend ab 1927, während der Prozentsatz der Lungentuberkulose bei Erwachsenen nur einen schrittweisen Abfall aufweist, wie er damals in der ganzen Welt beobachtet wurde.

Todesfälle auf 10 000

Gruppe	1912—16	1917—21	1922—26	1927	1928—32	1933
Kinder	43	42	34	39	14	3
Erwachsene	20	17,6	13,5	12	11,4	10

Die Kinder wurden ab 1927 mit B.C.G. geimpft!

Eine andere, von Hansen mitgeteilte Statistik über in Norwegen in der Zeit von 1926—1935 erzielte Resultate der Calmette-Impfungen bei Lehrschwestern, also besonders gefährdeten Personen in Krankenhäusern, berichtet folgendes:

„Alle Befunde bei Krankenschwestern 1926—1935 zusammengefaßt ergaben damals eine Tuberkulosemorbidität von 17,1 Prozent bei den tuberkulin-negativen Geimpften, berechnet auf ein Jahr. Die Mortalität an Tuberkulose betrug bei den Nichtgeimpften 1,8 Prozent, bei den Geimpften 0,2 Prozent pro Jahr. 1927—1939 wurden von 606 tuberkulin-negativen Medizinstudenten 334 mit B.C.G. geimpft. Während einer Beobachtungsdauer von durchschnittlich drei Jahren erkrankten pro Jahr von den Nichtgeimpften 4,3 Prozent, von den Geimpften nur 1,2 Prozent an Tuberkulose. (Schweiz. Med. Wochenschrift 77. Jahrgang, Heft 13, S. 391.)“

Besonders beweiskräftig war eine Impfung nordamerikanischer Indianer, da dabei alle für einen solchen Versuch notwendigen Bedingungen erfüllt werden konnten. Im Jahre 1935 wurden 1550 tuberkulin-negative Indianer im Alter von 1—20 Jahren geimpft, zu gleicher Zeit wurde eine mit den Impfungen zusammenlebende Kontrollgruppe von 1457 tuberkulin-negativen Indianern der gleichen Altersbesetzung mit physiologischer Kochsalzlösung gespritzt. In den folgenden sechs Jahren starben 28 Indianer der Kontrollgruppe an Tuberkulose, dagegen nur 4 der Geimpften, und die Morbidität war entsprechend unterschiedlich. (Public Health Reports, Bd. 61, Nr. 23.)

Das Calmette-Verfahren gewährt (wie übrigens auch jede andere Impfmethode) keinen absoluten Schutz gegen eine Neuinfektion, wie dieses u. a. aus den oben angeführten Statistiken hervorgeht. Es ist jedoch theoretisch gut unterbaut und hat praktisch beachtliche Erfolge gezeitigt. Seine Einführung in Deutschland erscheint daher berechtigt.

Die Tbc.-Beratungsstelle des Gesundheitsamtes Ulm hat im Sommer 1947 eine größere Anzahl Kleinkinder und Jugendlicher tuberkulinetestet und eine kleinere Anzahl von Kindern schutzgeimpft. Verwendet wurde Alt-Tuberkulin-Behring und eine Calmette-Vakzine desselben Werkes. Komplikationen sind weder bei der Testung noch bei der Impfung aufgetreten. Eine wesentliche Impfreaktion in irgendeiner Form wurde nicht beobachtet. Die acht Wochen später durchgeführte Nachschau ergab, daß ca. 80 Prozent der ursprünglich negativ reagierenden Kinder nach der Impfung eine einwandfreie positive Tuberkulinreaktion aufwiesen.

Man hat insgesamt den Eindruck, daß die Methode zwar umständlich und zeitraubend, dafür aber, so angewendet wie oben

beschrieben, gänzlich ungefährlich ist. — Auffallend ist unter den Gemeldeten die hohe Zahl der tuberkulin-positiven Kinder auch im Vorschulalter, die daher für die Impfung nicht in Frage kommen. Praktisch können nicht mehr als 50—60 Prozent aller gemeldeten Kinder geimpft werden. Es erscheint zweckmäßig, die Impfung vor allem bei Kindern im Vorschulalter und daneben bei tuberkulosegefährdeten Erwachsenen, wie Lehrschwestern, Medizinstudenten usw. durchzuführen. Alle tuberkulin-negativ reagierenden, von der Fürsorgestelle erfaßten Erwachsenen bis zum 35. Lebensjahr durchzuimpfen (wie dieses in Dänemark zur Zeit gehandhabt wird), dürfte in Deutschland vorläufig wohl aus rein technischen Gründen unmöglich sein.

BUCHBESPRECHUNGEN

Dr. med. L. M. Pelzer: „Grundlagen der Chirurgie“. Verlag L. Schwann, Düsseldorf 1946. 158 Seiten.

Der Verfasser bezeichnet im Vorwort diese Neuerscheinung als „Lehrbuch“, gedacht in erster Linie für den „jungen Kollegen“. Der Versuch, den Studenten die Krankheitszusammenhänge und -entwicklung als Ganzheitsbetrachtung näher zu bringen, wäre zweifellos wichtig und verdienstvoll, zumal die neuen Erkenntnisse über Hormone, autonomes Nervensystem, Zellularfermente und anderes in den meisten chirurgischen Lehrbüchern fehlen oder nur kurz behandelt sind. Gerade dieser Abschnitt aber ist in den „Grundlagen“ am besten gelungen. Dagegen erscheint mir zweifelhaft, ob der Anfänger, der Student, bei der Gliederung des Buches den gewünschten und notwendigen Gewinn davonträgt; dazu ist es zu wenig lehrbuchmäßig, manchmal zu sehr im Stil eines Übersichtsreferats abgefaßt; für den Erfahrenen dagegen steht in dem Buch manches recht Beherzenswerte.

Dr. Reichle.

Georg v. Gruenewaldt: „Für Amputierte“. Parus-Verlag, Rheinbeck b. Hamburg. 63 Seiten.

Ein amputierter Arzt spricht hier zu anderen Leidensgenossen und gibt ihnen aus seinem eigenen Erlebnis manchen guten Rat. Die seelische Erschütterung über den Verlust eines Gliedes, die Befürchtung, ein Krüppel zu sein, die Sorge um das berufliche Vorwärtkommen und manches andere, sind Dinge, über die der Amputierte durch Selbstbesinnung, durch Energie und intensives Training geistig und körperlich hinwegkommen kann und muß. Es werden mit Freimut und Optimismus auch persönlichste Dinge besprochen, die den Amputierten zum Beispiel der Frau gegenüber belasten und es wird dargelegt, daß der Amputierte auch keineswegs in der Liebe beiseite zu stehen braucht. Das eigene innere Erleben des Verfassers, die geistige Reife und die warmherzige Anteilnahme an der Fortentwicklung seiner Schicksalsgefährten machen das Büchlein für jeden Amputierten lesenswert und gewinnreich; sicherlich wird auch mancher Arzt es gerne in die Hände seiner Kranken legen, die mit diesen Sorgen zu ihm kommen.

Dr. Reichle.

Prof. Dr. M. Ratschow: „Die peripheren Durchblutungsstörungen“ 3., umgearbeitete und ergänzte Auflage. Mit 74 Abbildungen im Text. Verlag von Theodor Steinkopff, Dresden und Leipzig 1946. 283 Seiten. 17 RM, geb. 18.50 RM. (Band 27, Medizinische Praxis, Sammlung für ärztliche Fortbildung).

Das Buch, das erstmals seit langen Jahren das Gebiet der peripheren Durchblutungsstörungen auch unter Auswertung der neueren Ergebnisse in geschlossener Form bietet, ist mehr ein Lehrbuch geworden, in dem die Funktion der peripheren Gefäße, die allgemeine Pathologie der peripheren Durchblutungsstörungen und die allgemeine Diagnostik behandelt sind. Danach folgen eine Einteilung der Durchblutungsstörungen und die allgemeine Behandlung derselben, schließlich die Zusammenstellung der auf den Durchblutungsstörungen beruhenden Krankheiten. Ein kurzes Kapitel ist der Begutachtung gewidmet. Ein Literaturverzeichnis und gute Register vervollkommen den Wert des Buches.

Kranke mit peripheren Durchblutungsstörungen sind fast durch ihr ganzes Leben hindurch Patienten und bedürfen fast stets der Führung durch den Arzt. Je mehr Einblick der Arzt in die sensationellen Störungen des Erkrankten hat und je mehr Arzt und Erkrankter den gegebenen Bedingungen Rechnung tragen können, desto mehr steigen Aussichten, Lebensmut und Leistungsfähigkeit beim Kranken. Klare Linien sind notwendig statt der allgemeinen, wenig besagenden Bezeichnungen (Kreislaufstörungen, Vasomotorismus usw.), die von vornherein den Träger in seiner Art zu einem mehr oder weniger nicht vollwertigen Menschen stempeln und von seiten des Arztes von vornherein ein Gefühl therapeutischer Resignation erkennen lassen. Diese klaren Linien schafft R. in seinem Buche, und die diagnostischen und therapeutischen Hinweise dürften besonders willkommen sein, nachdem in Südwestdeutschland und vor allem in Württemberg die angiopathische Reaktionslage besonders häufig vorkommt, was schon von Otfried Müller oft betont wurde.

Dr. H. Giebel.

VITA: Dr. Clemens Faust, geb. 16. 11. 1913 in Hofheim.
Dr. Eugen Schrag, geb. 9. 3. 1896 in Schwab. Hall.
Dr. Paul Hirsch, geb. 24. 4. 1895 auf Gut Meiran/Rußl.
Dr. Hans Giebel, geb. 21. 11. 1900 in Dudweiler.
Dr. R. Reichle, geb. 3. 12. 1889 in Ravensburg.

Bekanntmachungen

BEZIRKS-ARZTEKAMMER NORD-WÜRTTEMBERG

Geschäftsstelle: Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32, Telefon 7 60 44 und 7 60 45

Wahlergebnis

Am 5. Oktober 1947 ist nach Abschluß aller Vorarbeiten die Wahl zur Bezirks-Arztekammer Nord-Württemberg unter relativ guter Beteiligung durchgeführt worden. Das Ergebnis wurde inzwischen allen Ärzten durch ein besonderes Rundschreiben bekanntgegeben und am 15. November 1947 konnten die gewählten Vertreter der Ärzteschaft zu ihrer ersten Arbeitstagung zusammentreten.

Hierbei wurden vor allem die satzungsmäßigen Vorstände und Ausschüsse gebildet. Zum *Vorsitzenden* der Ärztekammer wurde

mit überwiegender Stimmenmehrheit *Dr. Hans Neuffer, Stuttgart-Degerloch* gewählt. Die Kammer ergänzte sich durch Zuwahl von vier weiteren Mitgliedern, wobei ein Vertreter der Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern in Tübingen, ein Vertreter der Flüchtlingsärzte und zwei Mitglieder des bisherigen kommissarischen Vorstandes berücksichtigt wurden. Außerdem wird die Universität noch einen Vertreter in die Kammer entsenden, dessen Wahl durch die Medizinische Fakultät noch nicht erfolgt ist.

Aus der folgenden Zusammenstellung sind die Vorstandsmitglieder und Vorsitzenden der wichtigsten Ausschüsse zu ersehen.

Vorstand:

Dr. Hans Neuffer, Stuttgart-Degerloch, Vorsitzender
 Dr. Paul Schwoerer, Waiblingen, stellv. Vorsitzender
 Dr. Helmuth Blerch, Stuttgart, Rechnungsführer
 Dr. Ilse Reinhardt, Stuttgart, Schriftführerin
 Dr. Albrecht Schröder, Stuttgart-Bad Cannstatt
 Dr. Rudolf Reichle, Stuttgart
 Dr. Otto Jakober, Stuttgart
 Dr. Erich Knospe, Eßlingen
 Dr. Eva Bock, Waiblingen
 Dr. Albrecht Gerhard, Eßlingen
 Dr. Karl Haag, Geislingen/St.
 Dr. Theodor Herrmann, Heilbronn-Böckingen

Finanzausschuß:

Dr. Hans Neuffer, Stuttgart-Degerloch, Vorsitzender

Zentraler Niederlassungs-Ausschuß (I. Instanz):

Dr. Ilse Reinhardt, Stuttgart, Vorsitzende

Zentraler Niederlassungs-Ausschuß (Berufungsinstanz):

Dr. Hans Neuffer, Stuttgart-Degerloch, Vorsitzender

Ausschuß für kassenärztliche Fragen:

Dr. Albrecht Schröder, Stuttgart-Bad Cannstatt, Vorsitzender

Ausschuß für berufsständische Fragen:

Dr. Rudolf Reichle, Stuttgart, Vorsitzender

Ausschuß für das Versorgungswesen:

Dr. Helmuth Blerch, Stuttgart, Vorsitzender

Ausschuß für ärztliche Fortbildung:

Prof. Dr. Helmut Dennig, Stuttgart, Vorsitzender

Facharztanerkennungs-Ausschuß:

Prof. Dr. Helmut Dennig, Stuttgart, Vorsitzender

Vorstand der Privatärztlichen Verrechnungsstelle:

Dr. Helmuth Blerch, Stuttgart, Vorsitzender

Ärztliche Beisitzer des Berufsgerichts:

Dr. Alfons Gramm, Waiblingen
 Dr. Otto Göts, Stuttgart

Ärztliche Beisitzer des Berufsgerichtshofes:

Prof. Dr. Robert Gaupp, Stuttgart-Degerloch
 Dr. Walter Scharpf, Stuttgart
 Dr. Hermann Steng, Endersbach

**Sprechstunden der Abteilung Gesundheitswesen
des Innenministeriums**

Zur ordnungsmäßigen Erledigung der anfallenden Dienstgeschäfte sieht sich die Abteilung Gesundheitswesen des Innenministeriums genötigt, die Sprechstunden auf Montag, Mittwoch und Freitag, vormittags von 9—12 Uhr, festzulegen. Außerhalb dieser Zeit können Besucher, von dringenden Ausnahmefällen abgesehen, nur nach vorheriger rechtzeitiger Anmeldung empfangen werden.

**Stellenangebote und Stellengesuche
für nicht niedergelassene Ärzte**

Wir machen alle Kollegen, die Verwaltungen der Krankenhäuser und die übrigen in Frage kommenden Dienststellen darauf aufmerksam, daß ab 1. Dezember 1947 im Ärztehaus eine Stellenvermittlung für nichtniedergelassene Ärzte besteht.

Wir bitten alle Kollegen, die eine Stelle suchen oder eine Stelle tauschen wollen, sich dorthin zu wenden. Die Kollegen, die eine Stellvertretung für ihre Praxis suchen, können ebenfalls diese Stellenvermittlung in Anspruch nehmen. Auch alle übrigen Stellenangebote bitten wir dieser Vermittlungsstelle zuzuleiten.

Penicillin

Das Innenministerium für Nord-Württemberg und Nord-Baden gibt mit Erlaß Nr. X 4427 vom 9. Dez. 1947 folgendes bekannt:

„Die Abgabe von Penicillin ist an die nachfolgenden Bedingungen geknüpft:

1. Klinikaufenthalt des Patienten,
2. vorherige ergebnislose Sulfonamidbehandlung des Patienten,
3. Lebensgefahr des Patienten,
4. schriftliche Genehmigung des Penicillin-Obergutachters,
5. schriftliche Anweisung des Innenministeriums, Abt. Gesundheitswesen.

Nachdem neuerdings Penicillin bei den Kreiskrankenhäusern niedergelegt ist, kann in besonders dringenden Fällen — die

fernmündliche Genehmigung des Penicillin-Obergutachters vorausgesetzt — das Penicillin dem niedergelegten Bestande ausnahmsweise sofort entnommen werden. In diesen Fällen muß jedoch die schriftliche Genehmigung und Anweisung zu 4 und 5 ungesäumt nachgeholt werden.“

In diesem Zusammenhang verweisen wir auf die Veröffentlichung im „Südwestdeutschen Ärzteblatt“ Nr. 10/11 vom Okt.-Nov. 1947 Seite 80 über „Anwendung von Penicillin gegen nichtvenerische Erkrankungen“.

Medizinischer Fortbildungstag

Am 21. Februar 1948 findet in den Zentralkliniken Göppingen, Landesversicherungsanstalt Württemberg (Chefarzt Dr. med. Winker) ein medizinischer Fortbildungstag statt. Es werden voraussichtlich sprechen:

1. Professor Dr. med. Zuckschwerdt (Göppingen) über die „Symptomaticuschirurgie“.
2. Professor Dr. med. Bennhold (Tübingen) über „Organische und funktionelle Kreislaufleiden“.
3. Professor Dr. med. H. E. Bock (Tübingen) über „Fortschritte in der Behandlung von Blutkrankheiten“.
4. Professor Dr. med. Kuhn (Heidelberg) über „Antivitamine und Wachstumshemmstoffe“.
5. Professor Dr. med. Dennig (Stuttgart) über „Sulfonamide und Penicillin in der inneren Medizin“.

Beginn der Vorträge um 9 Uhr morgens. Voraussichtliche Beendigung der Tagung um 17 Uhr. Gelegenheit zur Diskussion ist gegeben. Anmeldung an die Zentralkliniken Göppingen ist erforderlich.

Zeugnisse für die Ausreise in die Schweiz

Das Gesundheitsamt Stuttgart hat von der Militärregierung betreffend Ausstellung der Zeugnisse für die Ausreise in die Schweiz die Weisung bekommen, ab sofort für Personen, die zwischen 1882 und 1929 geboren sind, das Affidavit nur noch beim Vorliegen von Tuberkulose auszustellen. Für den übrigen Personenkreis gilt die seitherige Bestimmung.

Keine Abgabe von Altpapier bei Bezug von Verbandstoffen

Mit Schreiben vom 7. November 1947, Aktenzeichen 7 T 26/98 (Dr. Li/Pa), hat das Wirtschaftsministerium Württemberg-Baden verfügt: „Die Abgabe von Altpapier bei der Lieferung von Verbandstoffen ist untersagt.“

50 jähriges Doktor-Jubiläum

Wie uns bekannt wird, feierte Herr Dr. med. Theodor Hiller, geb. 18. April 1870, in diesem Jahr sein 50jähriges Doktorjubiläum. Herr Dr. Hiller war von dem Jahre 1900—1914 als praktischer Arzt in Stuttgart tätig und ist durch seine Bereitwilligkeit, Vertretungen zu übernehmen, vielen Ärzten in angenehmer Erinnerung. Er bemühte sich auch viele Jahre um die Hausverwaltung des Stuttgarter Ärztehauses in der Keplerstraße. Die Bezirks-Ärzttekammer Nord-Württemberg übersendet Herrn Dr. Hiller ihre aufrichtigsten Glückwünsche in sein otium cum dignitate in Altensteig.

Bezirks-Ärzttekammer Nord-Württemberg.

Ausschreibung von Praxisstellen

Es werden hiermit folgende Arztstühle ausgeschrieben:

- | | |
|------------------------|---|
| 1. Kreis Aalen: | 1 prakt. Arzt für Wasseralfingen
1 Facharzt für Augenkrankheiten für die Stadt Aalen |
| 2. Kreis Backnang: | 1 Facharzt für Lungenkrankheiten für die Stadt Backnang |
| 3. Kreis Böblingen: | 1 Facharzt für Lungenkrankheiten für die Stadt Böblingen |
| 4. Kreis Crailsheim: | 1 prakt. Arzt für die Stadt Crailsheim
1 prakt. Arzt für Jagstheim |
| 5. Kreis Göppingen: | 1 prakt. Arzt für Mariä Kappel
1 Facharzt für innere Krankheiten für Eisingen |
| 6. Kreis Schwäb. Hall: | 1 prakt. Arzt für Wolpertshausen |
| 7. Kreis Heilbronn: | 1 prakt. Arzt für Züttlingen
1 Facharzt für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe für die Stadt Heilbronn
1 Facharzt für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe für Neckarsulm |
| 8. Kreis Künzelsau: | 1 prakt. Arzt für Marlach
1 prakt. Arzt für Westernhausen |

- 9. Kreis Ludwigsburg: 1 prakt. Arzt für Löchgau
- 10. Kreis Groß-Stuttgart: 2 prakt. Ärzte für Stuttgart-Innenstadt
2 prakt. Ärzte für Stuttgart-Zuffenhausen
1 prakt. Arzt für Stuttgart-Uhlbach
1 Facharzt für Chirurgie für Stuttgart-Innenstadt
2 Fachärzte für Lungenkrankheiten für Stuttgart-Innenstadt
2 Fachärzte für innere Krankheiten für Stuttgart-Innenstadt

Wir bitten die Bewerber, ihren Niederlassungsantrag (auf vorgeschriebenem Vordruck mit den dazugehörigen Unterlagen) bei den folgenden Kreisärzteschaften einzureichen:

- Zu Ziffer 1 bei der Ärzteschaft des Kreises Aalen, z. Hd. des stellvertr. Vorsitzenden Herrn Dr. med. Theo Wurster, Ellwangen/J., Wolfgangstr. 2
- Zu Ziffer 2 bei der Ärzteschaft des Kreises Backnang, z. Hd. des Vorsitzenden Herrn Dr. med. Karl Krische, Backnang, Kreiskrankenhaus
- Zu Ziffer 3 bei der Ärzteschaft des Kreises Böblingen, z. Hd. des Vorsitzenden Herrn Dr. med. Ernst Haas, Böblingen, Karlstr. 25
- Zu Ziffer 4 bei der Ärzteschaft des Kreises Crailsheim, z. Hd. der Vorsitzenden Fräulein Dr. med. Frieda Bender, Unterdeufstetten, Kr. Crailsheim
- Zu Ziffer 5 bei der Ärzteschaft des Kreises Göppingen, z. Hd. des Vorsitzenden Herrn Dr. med. Karl Haag, Geislingen, Bahnhofstr. 75

- Zu Ziffer 6 bei der Ärzteschaft des Kreises Schwäb. Hall, z. Hd. des Vorsitzenden Herrn Dr. med. Curt Teichmann, Schwäb. Hall, Heilbronner Str. 11
- Zu Ziffer 7 bei der Ärzteschaft des Kreises Heilbronn, z. Hd. des Vorsitzenden Herrn Dr. med. Theodor Herrmann, Heilbronn-Böckingen, Weststr. 61
- Zu Ziffer 8 bei der Ärzteschaft des Kreises Künzelsau, z. Hd. des Vorsitzenden Herrn Dr. med. Ernst Fraas, Künzelsau, Kreiskrankenhaus
- Zu Ziffer 9 bei der Ärzteschaft des Kreises Ludwigsburg, z. Hd. des Vorsitzenden Herrn Dr. med. Anton Kreidler, Ludwigsburg, Myliusstr. 8
- Zu Ziffer 10 bei der Ärzteschaft des Kreises Groß-Stuttgart, z. Hd. des Vorsitzenden Herrn Prof. Dr. med. Kurt Beckmann, Stuttgart, Danneckerstr. 26.

Bei der Bewerbung bitten wir, die anschließenden Hinweise zu beachten:

- Letzter Einsendetermin der Bewerbungen bei den Kreisärzteschaften 1. Februar 1948;
- jeder Antragsteller kann sich höchstens um zwei ausgeschriebene Arztstellen bewerben;
- die politische Prüfung muß im Spruchkammerverfahren durch rechtskräftiges Urteil abgeschlossen sein;
- Voraussetzung für die Bewerbung ist die Eintragung in das Niederlassungs-Register bei der Bezirks-Ärztekammer Nord-Württemberg;
- die Vordrucke für die Niederlassungsanträge sind bei den Kreisärzteschaften und bei der Ärztekammer erhältlich.

ÄRZTEKAMMER WÜRTTEMBERG - HOHENZOLLERN

Geschäftsstelle: Tübingen, Denzenberg, Telefon 22 62

Direkter Einkauf von Medikamenten durch Ärzte bei Großhandelsfirmen

Das Innenministerium, Abt. Gesundheitswesen, Tübingen, bittet uns, allen Ärzten unseres Kammerbereiches folgendes bekanntzugeben:

„In letzter Zeit mehren sich die Berichte, daß Ärzte unter Umgehung der Apotheken ihres Bezirks direkt bei Großhandelsfirmen größere Mengen von Medikamenten einkaufen bzw. Bestellungen aufgeben, die über eine Apotheke verrechnet werden. Es sind Einzelfälle bekannt geworden, in denen Ärzte das Lager einer Großhandlung besichtigten und in einzelnen Medikamen-

ten fast den ganzen Bestand einer Firma aufgekauft haben. Derartige Handlungen erschweren sehr erheblich die gleichmäßige Arzneiversorgung der Bevölkerung, ganz abgesehen davon, daß es sich hier gegenüber den Kollegen, die nicht über Beziehungen zu Großhandelsfirmen verfügen, um ein sehr unkollegiales Verhalten handelt. Ich möchte vorerst davon noch absehen, auf dem Wege einer Anordnung den direkten Einkauf von Krankenhäusern, Ärzten und Zahnärzten bei den Großhändlern zu untersagen. Ich bitte Sie, die Ärzte und Zahnärzte in geeigneter Weise darauf hinzuweisen, daß ein derartiges Verhalten einzelner Kollegen untragbar ist. Von dem Veranlaßten bitte ich mir Mitteilung zu machen.“

LANDESÄRZTEKAMMER HESSEN

Geschäftsstelle: Frankfurt/Main, Moltke-Allee 12—14, Telefon 7 21 75

Monatsbericht und Forschung

Die Medizinalabteilung des Innenministeriums teilt mit: „In dem Monatsbericht für die Landesmilitärregierung wird Auskunft unter Ziff. C/g über Laboratorien und Forschung verlangt. Über die medizinischen Forschungen im Lande Hessen erfolgten im Monatsbericht bisher keine Angaben. Zweifellos werden aber in den verschiedenen Gesundheitsämtern, Privatkrankenhäusern, Heilstätten usw. wissenschaftliche Arbeiten betrieben und abgeschlossen. Es wird gebeten, die Ärzteschaft zu veranlassen, neu erscheinende wissenschaftliche Arbeiten unter Angabe von Titel, Erscheinungsort und Zeit laufend den Gesundheitsämtern anzugeben. Von diesen sind alle wesentlichen Forschungsergebnisse künftig im Monatsbericht zu berücksichtigen.“

Heilbäder in Hessen

Die Medizinalabteilung des Innenministeriums gibt nachstehendes Verzeichnis der Heilbäder Hessens bekannt unter Angabe der Anzahl der Kurgäste, die derzeit aufgenommen werden können.

Bad Hersfeld	150—200 Kurgäste
Bad Homburg v. d. H.	270 „
Bad König i. Odenwald	240 „
Bad Nauheim	steht noch aus
Bad Orb i. Spessart	600—700 Kurgäste
Bad Salzhausen/Oberh.	75 „

Bad Salzschlirf	300 Kurgäste
Schlangenbad	150 „
Bad Schwalbach i. Ts.	175 „
Bad Selters/Oberh.	7 „
Bad Soden/Ts.	250 „
Bad Soden-Salmünster	120 „
Bad Soden-Allendorf	500 „
Bad Wiesbaden	800 „
Bad Wildungen	700 „
Bad Vilbel b. Ffm.	kein Kurbetrieb.

Einsatz von Krankentransportwagen bei der Reichsbahn

Die Krankenkurswagen dienen zur Durchführung von Sammeltransporten in regelmäßigen im Fahrplan festgelegten Umläufen. Sondersammeltransporte werden mit dem gleichen Krankentransportwagen je nach Erfordernis eingelegt. Für beide Arten gelten die Rot-Kreuz-Verbände der Reichsbahn gegenüber als Besteller und Kostenträger.

Reisebedingungen

Jeder Reisende muß ein ärztliches Attest vorlegen, aus dem die Krankheit und die Notwendigkeit der Reise sowie der Beförderung durch den Krankentransportwagen hervorgehen. Die Rot-Kreuz-Verbände übernehmen die Prüfung der ärztlichen Zeugnisse. Anerkannt werden nur die Atteste, die von beamteten Ärzten oder Rot-Kreuz-Ärzten ausgestellt oder bestätigt sind.

Die Einweisung in die Transporte wird nach dem Grad der Dringlichkeit vorgenommen. Den Vorzug haben dabei jene Patienten, die die Reise zur Wiederherstellung ihrer Gesundheit machen müssen. Begleitpersonen werden grundsätzlich nicht genehmigt. In besonderen Fällen (z. B. kranke Blinde, Ohnhänder u. a.) kann der zuständige Landesverband eine Ausnahme machen. Kinder und alte Leute werden nur befördert, wenn sie die Voraussetzung für den Krankentransport erfüllen. Als Fahrpreis wird vom absendenden Rot-Kreuz-Verband für einen Liegeplatz das Zweifache, für einen Sitzplatz das Eineinhalbfache des Reichsbahntarif der 3. Klasse der betreffenden Zugattung erhoben. Für Kinder jeder Altersstufe kann nur ein Platz zur Verfügung gestellt werden, wenn der volle Fahrpreis bezahlt wird. Der Anmelder hat eine Kautions in Höhe des Fahrpreises zu entrichten. Diese verfällt, wenn der Patient die Reise nicht antritt und das nicht wenigstens 72 Stunden vor Abfahrt des Zuges angekündigt hat, sofern der Platz nicht trotzdem anderweitig belegt werden kann. Eine Verwaltungsgebühr in Höhe von 5 RM und die entstandenen Unkosten werden in jedem Falle in Anrechnung gebracht.

Fahrgelegenheiten

Für den Landesverband Hessen bestehen folgende Möglichkeiten, Kranke zu transportieren:

- Auf der Strecke Frankfurt—Hamburg (über Bremen)
- Frankfurt—München (über Würzburg)
- Frankfurt—Köln
- Wiesbaden—Köln
- Wiesbaden—München (über Stuttgart).

Zu- und Ausladestationen sind auf diesen Strecken alle Haltebahnhöfe der D-Züge.

Die im Bereich des Landesverbandes Hessen mit der Durchführung der Krankentransporte auf der Eisenbahn beauftragte Stelle ist die Unfallhilfsstelle des Roten Kreuzes Hessen, Frankfurt/M., Hauptbahnhof. Alle Anfragen, Bestellungen usw., die den Krankentransport auf der Eisenbahn betreffen, sind an folgende Adresse zu richten:

An die
Unfallhilfsstelle des Roten Kreuzes Hessen
— Eisenbahn-Krankentransport —
Frankfurt/M. — Hauptbahnhof

ARZTEKAMMER DARMSTADT

Geschäftsstelle: Darmstadt, Heinheimerstr. 21
Telefon 358

Nachruf

Am 18. Juni 1947 starb im 70. Lebensjahr Dr. Carl Happich, Chefarzt des Elisabethenstiftes Darmstadt. Als Dr. Happich vor nahezu 25 Jahren die Leitung der Inneren Abteilung des Elisabethenstiftes übernahm, hatte er nicht nur eine ungewöhnlich vielseitige und gründliche klinische Ausbildung an der Rombergischen Klinik und als Oberarzt im Eppendorfer Krankenhaus Hamburg hinter sich. Die Tätigkeit als leitender Arzt einer deutschen Klinik in Venedig, von der er immer wieder gerne erzählte, hatte er mit der ihm eigenen Lebendigkeit und Aufgeschlossenheit benutzt, seinen ärztlichen Horizont nach den verschiedensten Richtungen hin auszuweiten. Seine wissenschaftlichen Bemühungen waren darauf abgestellt, eine Brücke zu schlagen von den krankhaften körperlichen Vorgängen, wie er sie als Internist in der Sprechstunde und am Krankenbett sah, zu dem Geschehen, das sich dabei in den Tiefen der menschlichen Seele abspielte. Die strenge Pflichtauffassung, mit der er

ARZTEKAMMER FRANKFURT/MAIN

Geschäftsstelle: Frankfurt/Main, Moltke-Allee 12—14
Telefon 7 30 51 und 7 56 60

1. Gerda Dietz ist unter einem Vorwand aus der Kuranstalt Hohemark, wo sie zur Entziehungskur weilte, entwichen. Sie versucht, unter falschem Namen Rauschgifte zu erhalten. Es wird ersucht, sie bei Auftauchen dem nächsten Polizeiposten zu übergeben.

Platzzahl

Es muß darauf aufmerksam gemacht werden, daß dem Roten Kreuz Hessen nur für jeden laufenden Wagen zwei Plätze zur Verfügung stehen, ein Transport also nur in den dringendsten Fällen durchgeführt werden kann.

Weitertransport der ausgeladenen Kranken

Die Rot-Kreuz-Verbände haben sich verpflichtet, den Weitertransport und die Betreuung der in dem Bereich ihres Landesverbandes ausgeladenen Kranken zu übernehmen. Die Benzin-gestellung bei einem Weitertransport mit Krankenkraftwagen muß in jedem Falle von dem Straßenverkehrsamt des Ausladebahnhofes geschehen.

Neue Zeitschrift

Mit Lizenzgenehmigung der Militärregierung gelangt das im 16. Jahrgang erscheinende ärztliche Referatenblatt

„Pro Medico“

das seit Dezember 1944 nicht mehr herausgebracht werden konnte, ab Juli 1947 monatlich wieder zur Ausgabe. Abonnements durch Josef Erbstein, Assenheim, Krs. Friedberg/Hessen, Bahnhofstraße 17.

83. Geburtstag

Am 19. September 1947 konnte Herr Sanitätsrat Dr. Becker in Sprendlingen, Kr. Offenbach a. M., sein 83. Lebensjahr vollenden. Der Jubilar studierte in Gießen, Würzburg und Berlin, wo er längere Zeit in der Kinderklinik von Professor Baginski tätig gewesen ist. Seit 56 Jahren ist er praktischer Arzt in Sprendlingen und hält auch heute noch täglich seine Privat-sprechstunde ab. Im Jahre 1903 wurde er vom Wahlkreis Offenbach-Dieburg und im Jahre 1912 vom Wahlkreis Alzey-Bingen in den Reichstag gewählt. Im Jahre 1938 wurde ihm von der Universität Gießen sein Doktordiplom erneuert, in dem es u. a. heißt: „dem vorbildlichen und erfolgreichen Arzte, der sein ganzes Leben dem Wohle der Kranken gewidmet hat, in dankbarer Anerkennung.“ Seine Ferien und Studienreisen führten in nach Rußland, Österreich, der Schweiz, Italien, Frankreich und England. Seine Reisebriefe über die ärztliche Studienreise nach den Nordseebädern veröffentlichte er in der „Neuen Hessischen Zeitung“.

an seine tägliche Kleinarbeit heranging, bewahrte ihn davor, den Boden der Wirklichkeit unter den Füßen zu verlieren. Bei aller leidenschaftlichen Hingabe an die Erforschung der seelischen Grundlagen krankhafter körperlicher Erscheinungen hat er doch niemals das Verständnis für die Notwendigkeit der naturwissenschaftlichen Grundlagen der Medizin verloren. Bis in die letzten Tage seines Lebens war der Verstorbene darum bemüht, die universitas litterarum im Arztberuf zu verwirklichen. Als lebendige christliche Arztpersönlichkeit war er führend in der Arbeitsgemeinschaft „Arzt und Seelsorger“ tätig. Er sah darin eine doppelte Aufgabe: Dr. Happich war hier unablässig darum bemüht, einerseits den Ärzten und den an ärztlichen Problemen interessierten Laien die seelischen Bedingungen vieler Leiden aufzuzeigen und die Wege zu ihrer Überwindung zu weisen, andererseits aber den Seelsorger davor zu warnen, die natürlichen Gegebenheiten zu vernachlässigen. Wir müssen es bedauern, daß es dem Verstorbenen nicht mehr vergönnt war, seine Anschauungen und Erfahrungen in einem zusammenfassenden Werk darzustellen. Mitten in dieser Arbeit wurde er in die Ewigkeit abgerufen.

Die Herren Ärzte werden erneut gebeten, sich bei Rauschgift-verordnungen die Kennkarte vorlegen zu lassen.

2. Die Firma Fritz Wagenknecht, Frankfurt/M., Ravensteinstraße 3, ist in der Lage, laufend Röntgenentwickler an Röntgenlaboratorien abzugeben. Zur Beschaffung der Rohmaterialien ist es erforderlich, daß für jede Bestellung ein schriftlicher Antrag des betreffenden Krankenhauses, bei Privatärzten Befürwortung der Ärztekammer oder des Stadtgesundheitsamtes bzw. des Kreisarztes vorgelegt wird.