

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1949

8 (1.8.1949)

SÜDWESTDEUTSCHES ÄRZTEBLATT

Herausgegeben von den Ärztekammern und Landesstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen in Württemberg und Baden

Schriftleitung: Dr. med. Albrecht Schröder, Bad Cannstatt

unter Mitwirkung von Dr. Theodor Dobler, Schorndorf; Dr. Fritz Jelitto, Mannheim; Dr. Hans Krasko, Emmendingen

Verlag: Ferdinand Enke, Stuttgart-W

HEFT 8

STUTT GART, AUGUST 1949

4. JAHRGANG

INHALTSVERZEICHNIS

Prof. Dr. Scheerer:	Augenärztliche Therapie seit 1945	141
Dr. Liebermeister:	Die Labordiagnose der Virusgrippe	148
Dr. Hahn:	Insulineinsparung durch Kupfersulfat?	149
Dr. Vetter:	Blutspenderdienst an der Chirurg. Universitätsklinik Tübingen	150
Dr. Strohm:	Therapeutische Erfahrungen mit dem neuen Nürtinger Heilwasser (Nürtinger Heinrichsquelle)	151
Dr. Kreidler:	Gesundung nur durch Neugestaltung	152
Dr. Neuffer:	Die drei ärztlichen Berufsorganisationen und ihre Be- deutung für die Ärzteschaft	153
Bericht über die konstituierende Versammlung des Hartmannbundes Württ.		155
Buchbesprechungen		156
Bekanntmachungen		156
	Ärztekammer Nord-Württemberg E. V.	157
	Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern	161
	Landesärztekammer Süd-Baden	162

Augenärztliche Therapie seit 1945

Von Prof. Dr. med. R. Scheerer
Augenarzt in Bad Cannstatt

Das folgende Übersichtsreferat beruht auf den Originalarbeiten, Sitzungsberichten und Referaten, die seit 1945 in den Klin. Monatsblättern für Augenheilkunde Bd. 111—113¹⁾ erschienen sind. Die ausländische Literatur konnte mit wenigen Ausnahmen nur insoweit berücksichtigt werden, als sie sich in den genannten Bänden referiert fand. Die trotz der Kürze des Zeitraums vorliegende Fülle an Material, die ein bemerkenswertes Zeugnis für das Leben der deutschen augenärztlichen Wissenschaft bietet, hat die Beschränkung auf die Therapie notwendig gemacht, die ja auch den Praktiker in erster Linie interessiert, so daß wir uns begnügen mußten und konnten, nur zum Schluß in Kürze auf die hauptsächlichsten wissenschaftlichen Fragen der Gegenwart hinzuweisen.

MEDIKAMENTÖSE THERAPIE

Die Behandlung äußerer Erkrankungen des Auges, Aufgabe nicht nur des Facharztes, sondern manchenorts auch des Allgemeinpraktikers, wird gegenwärtig in erster Linie durch drei Gesichtspunkte bestimmt:

1. den reduzierten Allgemeinzustand der Bevölkerung und die unerfreulichen, hygienisch höchst nachteiligen Wohnungsverhältnisse,
2. die noch nicht ganz überwundene Mangellage auf dem Arzneimittelmart mit der Notwendigkeit sparsamster Verordnung, und
3. das Auftauchen einiger neuartiger Medikamente, die, mit Enthusiasmus begrüßt, nach Anwendungsgebiet

¹⁾ Die den Autorennamen beige gesetzten Zahlen bedeuten Band und Seite der Kl. MBl.

und Wirkungsbreite im Begriff sind, sich unserem Arzneischatz fest einzuordnen.

Alle diese Gesichtspunkte lassen es wünschenswert erscheinen, dem Tun des Kranken selbst möglichst wenig zu überlassen, vielmehr die Behandlung vorwiegend in die Sprechstunde zu verlegen. Es darf nun nicht übersehen werden, daß diese Sachlage die schon hinsichtlich der Diagnostik und persönlichen Erfahrung begrenzten Möglichkeiten des vielbeschäftigten Praktikers noch weiter einengt, weshalb es sich empfiehlt, auch scheinbar harmlose Erkrankungen in Fühlungnahme mit dem Facharzt zu behandeln, wo immer ein solcher erreichbar ist. Aber auch für diesen bedeutet sie eine Aufgabe, die einen hohen persönlichen Einsatz, und großen technischen Apparat (Apparate, Räume, Personal) erfordert, wenn sie zu den heute oft möglichen raschen Erfolgen führen soll.

In die im einzelnen einfachen, im ganzen eine Fülle von Wissen und Maßnahmen in sich schließenden Anforderungen gibt ein Aufsatz von H a t s c h e k (112, 318) ausgezeichneten Einblick. Besonders hervorzuheben sind die zahlreichen Rezepte und Hinweise auf kombinierte örtliche und allgemeine Behandlung, die sowohl ältere als neueste Möglichkeiten enthalten und hier im einzelnen nicht wiedergegeben werden können. Mit vom Gesichtspunkt der Mangellage aus empfiehlt R o g g e n k ä m p e r (113, 76) statt Hg- und Silbersalzen Sulfonamide als Augentropfen in 5—20% iger Lösung (aus Ampulleninhalt vom Apotheker zubereitet), zu Überschlägen 1 Tabl. Prontalbin in $\frac{1}{4}$ l heißem Wasser gelöst. Ersatz für die fehlenden Wollfette bietet das

Wasser aufnehmende Eucerin. Über den Engpaß in Mioticis haben wir uns inzwischen einigermaßen hinweggeholfen. Einen dauernden Platz hat sich wohl das Prostigmin (Tropfen und Salbe) erworben, wobei lediglich zu bedauern ist, daß es (neben 1%iger Salbe) nur in 3%iger Lösung geliefert wird, die bei zahlreichen Kranken unangenehme Empfindungen auslöst. Auch Doryl und Gynergen haben ein, wenn auch begrenzteres Anwendungsgebiet. Blok (113,94) weist auf das bessere Eindringen und die längere Haltbarkeit alkalischer Lösungen hin, sowie auf konservierende Zusätze (0,03% Nipasol oder 1 Tr. Chloroform auf 10 ccm).

Eine umfangreiche Diskussion hat sich über die Anwendung der **Sulfonamide** einerseits und der **Penicilline** andererseits entwickelt. Über die auf beiden Gebieten bis zum Frühjahr 1948 gemachten Erfahrungen orientiert in ausgezeichneter Weise die Monographie von **Bruens** (Sulfonamide und Penicillin, Wissensch. Verlagsges., Stgt., 1948). Bruens befürwortet in überzeugender Weise den Vorzug der **örtlichen** Anwendung der Sulfonamide vor der allgemeinen, sowohl hinsichtlich der Dauerwirkung als auch hinsichtlich der unmittelbar zu erreichenden Konzentration. Auch eine zusätzliche Allgemeinzufuhr kann nach seiner Erfahrung den Erfolg einer richtig durchgeführten örtlichen Anwendung nicht verbessern. In den meisten Fällen genügen 10%ige Salben und bis 20%ige Tropfen. Wo das Medikament nicht durch starke Sekretion herausgeschwemmt wird, empfiehlt sich das Einbringen eines Depots von Sulfonamiden in Substanz in den Bindehautsack. Bruens füllt dabei den Bindehautsack mit Hilfe eines breiten Irisspatels mit Marfanil-Prontalbinpuder, Eleudron oder Globucid (ungeeignet ist Sulfotanpuder wegen Bildung gipsharter Konkreme) nach Anästhesierung mit einem Tropfen Kokain oder Pantokain und legt das Auge unter Verband. Das Anwendungsgebiet der Sulfonamide bei äußeren Augenerkrankungen ist eigentlich nur durch ihre Unwirksamkeit gegenüber einigen wenigen Keimen (Herpesvirus, Spirochäta pallida, Diplobaz. Morax-Axenfeld? Diplobaz. Petit? Baz. Zur Nedden? Baz. subtilis?) begrenzt. Dagegen stellt die allgemein beobachtete Abnahme der Wirksamkeit gegen Gonokokken ein ernstes Problem dar. Auch innere Infektionen, wenigstens des vorderen Bulbusabschnitts, nach Verletzungen und Operationen können durch örtliche Sulfonamidbehandlung günstig beeinflusst werden. Die Sulfonamide dürften hier dem Penicillin insofern überlegen sein, als dieses auf verschiedene Erreger, die dabei eine Rolle spielen (Coli, Friedländer, Subtilis, Pyocyaneus, Proteus) nicht wirkt, zumal da bei Aufnahme der Behandlung der Erreger fast regelmäßig unbekannt ist. Inwieweit es gelingt, auch im Glaskörper einen genügend hohen Sulfonamidspiegel zu erreichen, ist eine noch offene Frage. Gelegentlich treten bei der örtlichen Anwendung leichte Nebenerscheinungen (Ödeme der Lider und Bindehaut) auf, die aber bedeutungslos zu sein pflegen.

Seit dem Erscheinen der Monographie von **Bruens**, deren Studium jedem an ihrem Gegenstand Interessierten dringend empfohlen wird, sind nun noch eine Reihe weiterer einschlägiger Mitteilungen erschienen. **Bruens** selbst (113,399) kommt auf Grund mühevoller mathematisch-statistischer Berechnungen zu dem einstweilen problematischen Schluß, daß die Resistenzzunahme der Gonokokken gegenüber den Sulfonamiden auf der Ver-

breitung eines in Frankreich beheimateten resistenten Go-Stammes durch deutsches Heerespersonal in Europa beruhen möchte. **Reiser** (113,384) befürwortet die, auch von **Bruens** vertretene, Anwendung von Sulfonamid-Gemischen wegen der unterschiedlichen Wirksamkeit einzelner Sulfonamide auf verschiedene Erreger. Er bezweifelt den Wert der Sulfonamidtherapie bei Uveitis und posttraumatischen Entzündungen wegen der Resistenz der in Frage kommenden Erreger bzw. der Unmöglichkeit, einen genügend hohen Sulfonamidspiegel in den Geweben zu erzielen. Demgegenüber empfiehlt **Baumann** (113,329) nicht nur die Vorbehandlung des Bindehautsackes vor Operationen durch Einstreichen einer 20%igen Marfanil-Prontalbinsalbe, sondern auch das Aufblasen eines M-P-Puders als Abschluß operativer Eingriffe, besonders nach Staroperation und Vorlagerungen. Ähnlich geht **Zettl** (113,382) vor; er verwendet den Puder insbesondere auch bei Plastiken und bei der Versorgung frischer und verschmutzter Wunden. **Mir** selbst (113,65) hat sich die (von **Bruens** aufgegebene!) subkonjunktivale Anwendung von **Prontosil rubr. sol.** (0,1—1,0 ccm + 1 Strich Nov.-Adren., von dessen wirkungsschädigendem Einfluß ich mich nicht überzeugen konnte!) bestens bewährt bei torpiden Keratitiden, Episkleritiden, traumatischen und postoperativen Infektionen, insbesondere auch bei Spätinfektionen nach Elliotscher Trepanation und bei Sympathischer Ophthalmie! Ob der dabei oft beobachtete schlagartige Rückgang der Entzündungserscheinungen allein durch die Abtötung oder Lähmung der Keime erklärt werden kann, mag zunächst dahingestellt bleiben. Neuerdings habe ich mich bei zahlreichen Lidrand- und Bindehautentzündungen, insbesondere bei der gegenwärtigen Form der Konj. epidemica, mit bestem Erfolg der 10%igen Sulfoceryl-Augensalbe (**C. Hahn**, Leichlingen, Rhld.) bedient.

Auch über die **Penicilline** in der Augenheilkunde liegen jetzt eine Reihe von Beobachtungen vor. Aus verschiedenen Gründen (s. **Heinsius**, Richtlinien, 113,378) kommt ihre Anwendung bis auf weiteres, wenigstens in der internen Form, nur für Kliniken in Betracht. Die Lösungen sind nur kurze Zeit (höchstens acht Tage) haltbar, hochempfindlich gegen verschiedene Einflüsse, müssen völlig steril und nur in Glasgefäßen im Kühlschrank unter 5 Grad gehalten und schließlich 5—15 mal täglich eingetropt werden. Die Wirksamkeit der verschiedenen Penicilline auf die verschiedenen Bakteriengruppen ist sehr wechselnd. Der Erreger muß also bekannt sein, um, besonders bei intravenöser und intramuskulärer Anwendung, die richtige Dosierung feststellen zu können. Der Gehalt an sog. Ballaststoffen kann die Wirkung beeinträchtigen oder auch begünstigen usw. Auch wegen der Höhe des Preises kommt die Anwendung nach **Heinsius** z. Zt. überhaupt nur in Frage: 1. bei durch andere Mittel nicht zu behebender schwerer Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes, 2. bei Gefahr für das Augenlicht oder Verlust des Auges und 3. bei nach Penicillin zu erwartender wesentlicher Verkürzung der Heilungsdauer. Die praktische Anwendung der Penicilline tritt also bis auf weiteres gegenüber den Sulfonamiden weit in den Hintergrund und beginnt erst da, wo diese und andere Mittel versagen. Ob sich auch gegenüber Penicillin eine Resistenzhöhung gewisser Keime entwickelt, ist noch nicht geklärt. Die Anwendung der Penicilline geschieht teils örtlich (Lösungen,

Salben, Puder) auch in Form der Vorderkammerspülung, teils allgemein (intravenös und intramuskulär), wobei aber zu berücksichtigen ist, daß die Penicilline die Blutkammerwasserschranke nicht überschreiten. Wie kompliziert im einzelnen sowohl biologisch (Empfindlichkeit der Erreger) als auch chemisch (Reinheitsgrad der Penicilline von Ballaststoffen) die Dinge liegen, ist u. a. aus einem Aufsatz von C i m b a l (113, 342) ersichtlich. Nach seinen u. a. Erfahrungen dürften das Hauptanwendungsgebiet der Allgemeinbehandlung schwer phlegmonöse Prozesse der Orbita und Umgebung bilden, während die örtliche Behandlung bei Gonorrhöe (s. z. B. R e d l, 113, 353), Ulcus serpens und dgl. angezeigt erscheint. Hinsichtlich der Gonorrhöe fällt auf, daß die meisten Berichte sich auf die der Neugeborenen beziehen. Diese war aber doch wohl schon vor der Sulfonamid- und Penicillinära in unkompliziert zur Behandlung kommenden Fällen kein Problem mehr. Bei Hornhautkomplikationen scheinen sich subkonjunktivale Penicillingaben öfters bewährt zu haben. Über die so sehr gefährliche Blennorrhöe der Erwachsenen erwarten wir noch ausgiebige Mitteilungen. Ergänzend sei noch angeführt, daß B a s s e n g e (113, 363) in 20 Fällen von Dacryozystitis und Tränensackphlegmone mit verschiedenen zahlreichen Spülungen (Penicillin-Madaus) Keimfreiheit und öfters auch mit und ohne Sondieren Durchgängigkeit des Tränenkanals erzielte. Da dies auch bei anderen Verfahren vorkommt, sind weitere Erfahrungen abzuwarten.

PHYSIKALISCHE UND CHIRURGISCHE THERAPIE

Desinfektion. O s t e r l e (113, 179) bevorzugt nach eigenen und fremden Erfahrungen **Zephirol** (1%ig) vor anderen Mitteln (bes. Sublimat und Oxycynat), die höhere Konzentration und längere Einwirkungszeiten erfordern. Für das Operationsfeld sind **Jodantinktur**, **Kodantinktur** und **Sepsojod** wirksamer als Jodtinktur, doch versagen auch sie gegenüber Tetanus, Gasbrand und anderen Sporenbildnern.

Ausgehend von der Frage „Was spielt sich im Anschluß an eine perforierende Verletzung im Auge ab?“ bespricht D a v i d s (112, 136) die Maßnahmen, die gegen die toxische und antigene Wirkung der eingeschleppten Bakterien, des körpereigenen Eiweißes aus der Trümmerzone, der chemischen, elektrolytischen usw. Wirkung von Fremdkörpern, sowie der Entzündungsprodukte selbst, zu treffen sind: Umstimmungs- und Fiebertherapie mit Milchspritze und Pyrifur, antibakterielle Chemotherapie mit Sulfonamiden. Wegen der fiebersenkenden Wirkung vieler Sulfonamide sind beide Methoden nicht gleichzeitig, sondern nacheinander anzuwenden. Gelingt es, die Panophthalmie zu vermeiden, so kann sich doch aus einem verbleibenden hyperergischen Reizzustand eine chronische Uveitis entwickeln, besonders wenn Fremdkörper im Auge verblieben sind (Bakterieneiweiß, Gewebstrümmer, bes. Linseneiweiß). Die parenterale Eiweißzufuhr muß dann mit kleinen und kleinsten Dosen gehandhabt, bei hoher Überempfindlichkeit überhaupt unterlassen werden, insbesondere bei Blutungsneigung. Desensibilisierend wirken nunmehr Calcium, Pyramidon, Utrotropin, Salicylate, Schwitzkuren. Auch Schwermetalle (Goldpräparate) finden hier ihren Platz. Für die Verteilung in den Geweben wird auf die „Etikettierung“ anorganischer und organischer Substanzen durch radioaktive Atome hingewiesen. Während kleine

Glas-, Gesteins- und sogar Holzsplitter reaktionslos einheilen und abgekapselt werden können, vermögen auch kleinste Eisensplitter Siderose hervorzurufen. Nach M i e l k e s (101, 287) Modellversuchen scheint immerhin eine gewisse Möglichkeit zu bestehen, durch Kurzwellendurchströmung nicht entfernbare Fremdkörper zu koagulieren und so eine Siderosis oder Verkupferung zu vermeiden. Der Prophylaxe der Sympathischen Ophthalmie dienen insbesondere Herabsetzung der Hyperergie durch Calcium, unspezifische Desensibilisierung (vorsichtige Proteinkörpertherapie, Chemotherapie schleichender Infektionen, vorsichtige Fokalanisierung, also wegen der möglichen Streuung keine Tonsillektomie, Vermeiden von Ernährungsstörungen, und rechtzeitige Eukleation).

Inwieweit die Art der Vorbereitung das Auftreten von operativen und postoperativen **Blutungen** beeinflußt, ist immer wieder Gegenstand der Diskussion. v. W o l f f e r s d o r f (112, 90) glaubt einer reichlichen Versorgung mit Cebion ein ruhigeres Verhalten der Kranken und eine geringere Blutungsneigung verdanken zu können, wogegen G a s t e i g e r in erster Linie die verkrampte Haltung überängstlicher Patienten nach der Staroperation für die hier besonders häufigen und unangenehmen Blutungen verantwortlich macht. Die Ablenkung der Aufmerksamkeit der Kranken vom operierten Auge wird nach meiner eigenen Erfahrung wesentlich unterstützt durch regelmäßiges Einstreichen einer Spur Borsalbe auf die Karunkelgegend zur Beseitigung des hier lokalisierten Juckreizes; außerdem sei man aber schon bei der Anästhesierung zurückhaltend mit Adrenalin wegen dessen langnachdauernder Phasenwirkung, worauf übrigens schon vor Jahren S e i d e l hingewiesen hat.

Hinsichtlich der **Anästhesierung** im entzündlichen und infizierten Gebiet erinnert D e l l e f s e n (111, 272) an den alten Grundsatz, die Nadel nicht durch dieses Gebiet hindurch ins Gesunde zu führen, woran man z. B. bei vereiterten Chalazien denken möge. Dagegen bedeutet die Novokaininfiltration keine Verschlechterung der Heilungstendenz. Auf die bulbuserweichende Wirkung retrobulbärer Novokaininjektion besonders bei Star- und Glaukomoperationen weist erneut G e i s (112, 189) in einem Fortbildungsvortrag hin.

Ein breites Anwendungsgebiet hat nach R i c h t e r (111, 228) die Einblasung über dem offenen Instrumentenkocher mit der Spritze aspirierter Luft in die Vorderkammer vor, während und nach Operationen (Elschnig). Das Irisdiaphragma wird, besonders an durch retrobulbäre Novokaininjektion erweichten Augen zurückgedrängt, dadurch z. B. bei flacher Kammer der Starschnitt erleichtert, periphere Synechien vermieden, Blut aus der Kammer ausgeschäumt usw. Das bisher nur wenig angewandte Verfahren verdient zweifellos erhöhte Beachtung. Ersatz des z. B. bei Netzhautablösung verlorengegangenen Glaskörpers durch direkte Lufteinblasung in den Glaskörperraum schlägt R o s e n g r e n (113, 89) vor.

Gehen wir von diesen mehr allgemeinen Gegenständen zu den z. Zt. im Vordergrund des Interesses stehenden Operationen über, so ist zunächst die **Hornhautpropfung** zu nennen. Über die an der Berliner Klinik gehandhabte Technik berichtet H a r m s (113, 59). Die wesentlichen Gesichtspunkte sind: Herstellung des Transplantats, Sicherung des Transplantats, Sicherung

der tiefen Augenteile. Die erstrebenswerte nach hinten konische Form des einem Leichen- oder frisch enukleierten Auge entnommenen Transplantats wird, wie auch die entsprechende Form der Lücke am Wirtsaug, erreicht, wenn beide Augen im möglichst gleichen Erweichungszustand trepaniert werden. Harms bevorzugt einen mit Führungsring versehenen Handtrepan vor dem weniger leicht zu handhabenden Motortrepan. Der Sicherung des Transplantats dient ein mit sechs Nähten auf der Hornhaut befestigtes halbdurchsichtiges Lappchen aus feinstem Condomgummi (nach Vannas). Die tieferen Augenteile werden durch ein ebensolches Lappchen geschützt, das entweder vor der Trepanation vom oberen Hornhautrand aus oder während jener durch die Trepanationslücke selbst in die Vorderkammer eingeführt wird. Löhlein (113, 178) zeigt an sechs Fällen, daß auch bei kleinen Kindern eine durchgreifende Keratoplastik ausgeführt werden kann. Das Transplantat wird dabei durch einen durch die Hornhaut durchgeführten Fadenkreuzrost am Durchfallen nach hinten oder nach vorn verhindert. In einer weiteren Mitteilung beschreibt Löhlein (113, 280) die operative Beseitigung gelegentlich in der Vorderkammer sich bildender retrokornealer Membranen mit stumpfen Häkchen. Friede (113, 147) schlägt vor, bei totalem Leukom, das bisher als inoperabel galt, der Zentralplastik eine nur bis auf die Deszemet gehende, an durchsichtige Randpartien angrenzende Halbringplastik vorzuschicken. Alle diese Arbeiten zeigen, daß die Keratoplastik die völlige Beherrschung der operativen Technik, ein spezielles Instrumentarium und besteingespülte Assistenz erfordert, sich also für den meist allein und nicht häufig operierenden Augenarzt nicht eignet. Über die funktionellen und besonders die Dauererfolge liegen keine neueren Angaben vor; wir tun aber doch wohl gut daran, die durch Film- und andere Propaganda hochgespannten Erwartungen der Öffentlichkeit weiterhin zu dämpfen. Über das Schicksal des Transplantats unterrichten schließlich einige im Tierexperiment oder an ein- oder mehrfach operierten Augen vorgenommene histologische Untersuchungen. So fand Babel (113, 87), daß das Transplantat selbst nicht durch Wirtsgewebe ersetzt wird, und daß sich Epithelwucherungen und retrokorneale Membranen am besten durch scharfe Schnittländer vermeiden lassen. An sehr großem Material zeigen Katzin und Kuo (113, 189), daß Epithel und Endothel vom Wirt ersetzt werden, während allerdings an den Rändern ins Transplantat einsprossendes Wirtsgewebe sich wieder zurückbildet.

Die anfangs nur der Heilung der Netzhautablösung dienende diathermische Koagulation bzw. Stichelung dient nach dem Vorgehen von Weve und Vogt neuerdings auch der Augendrucksenkung durch Verödung des Ciliarkörpers. Zwecks Verfeinerung der Technik untersucht Meyer-Schwickerath (113, 283) die Widerstandswerte der verschiedenen Augengewebe im Frequenzbereich von 3000 bis 3 m Wellenlänge. Danach eignen sich vorzugsweise kurze Wellen für die Wärmedurchflutung, lange für die Elektrokoagulation. Sein neues Ablatio-Gerät vereinigt in sich einen Röhrenhochfrequenzgenerator zur Elektrokoagulation, einen Gleichstromgenerator für elektrolitische Operationen und einen Anschluß für den elektrischen Augenspiegel. Eine gemeinsame indifferente Elektrode dient für Koagulation und Elektrolyse. Coppez (113,

96) hat pyrometrische Elektroden zur genauen Wärmedosierung bei der Elektrokoagulation konstruiert. Die Tiefenwirkung der Wärme hängt von der Größe des Streuungskegels der Kurzwellen ab. Dieser ist bei größerer Elektrode (2,5 mm) günstiger als bei sehr kleiner. Obwohl die Koagulation, wie auch die Stichelung, eine schwere Zerstörung des betroffenen Ciliarkörpers, Atrophie der Pars plana des Ciliarkörpers und ausgedehnte Depigmentationen verursacht, haben die Verfahren mit verfeinerter Technik nunmehr nicht nur bei absolutem Glaukom, sondern auch bei anderen Glaukomformen, bei denen andere Verfahren nicht ganz zum Ziele führten oder nicht anwendbar waren, Verwendung gefunden (Amsler 113, 95, Müller und Kohlhaas, vom Hofe, Roggenkämper, 113, 385) und zu befriedigenden Ergebnissen hinsichtlich Druck und Funktion geführt. Modifiziert wird das Verfahren durch L. und R. Weekers (111, 96), die an acht Stellen zwischen den geraden Augenmuskeln transkonjunktivale Koagulationen setzen. Ein neues Verfahren hat Schreck (113, 285) mit der gezielten Anoden-Elektrolyse der Arteria ciliaris longa (Cilio-Analyse) ausgearbeitet und in 24 Fällen gute, bis zu 5 Monaten beobachtete Erfolge gesehen. Albrich (113, 174) verschließt durch kurze Berührung mit der Diathermienadel sämtliche sorgfältig aufgesuchten vorderen kurzen und mindestens eine lange hintere Ciliararterie. Schließlich wird die Diathermokoagulation empfohlen von Schulte (113, 304) bei tiefreichendem Ulcus serpens, da sie einen bis zur Deszemet gehenden zylindrischen Raum bestreicht, während der Wesselysche Dampfkauter (s. a. Engelbrecht 113, 385, der ihn besonders auch bei rezidivierender Erosion und bei Keratitis herpetica empfiehlt) eine schüsselförmige Koagulation mit stärkster Wirkung an der Oberfläche setzt, sich also mehr für oberflächliche Infektionen eignet. — Um den Bericht über die diathermischen Verfahren zu beschließen, führen wir noch die prophylaktische Anheftung der Netzhaut bei drohender Ablösung an. Die schon vor dem Krieg diskutierte Frage wird von Fleischer (112, 20) und Linde (113, 141) erneut aufgenommen und die Indikation recht weit gestellt. Nicht nur bei isolierten Netzhautlöchern, die bekanntlich jahrelang bestehen können, ohne zur Ablösung zu führen, sondern auch bei defekten Netzhautstellen ohne ausgeprägte Ribbildung, insbesondere wenn das andere Auge schon an Amotio erkrankt war, soll die prophylaktische Anheftung vorgenommen werden. Angesichts der heutigen Technik ist der Eingriff in der Hand eines erfahrenen Operateurs gefahrlos. — Ebenfalls in gewissem Sinne prophylaktisch denkt sich Denig (112, 97) die Wirkung der Nadeldiathermie, wenn er sie z. T. darin sieht, daß sie die über die Vasomotoren laufenden Psychoreflexe unterbricht. Diese spielen bei den nur dem Menschen zukommenden primären Glaukomformen eine erhebliche Rolle. Eine ähnliche Wirkung verspricht sich Denig bei der sympathischen Ophthalmie; hier wird dann nicht nur das sympathisierende oder sympathieverdächtige, sondern auch das zweite, noch gesunde Auge diathermisch angegangen!

Was Glaukomoperationen überhaupt und ihre Indikationen betrifft, so empfiehlt Leoz (113, 82), sich nicht zu übereilen, auch im Anfall den Druck erst medikamentös zu senken und u. U. 1—2 ccm 50—60prozentigen Alkohol in das Gg. cil. zu injizieren, auch sonst

erst beim Versagen der medikamentösen Therapie zu operieren. Wichtiger als die Druckmessung ist die wiederholte Gesichtsfeldaufnahme. Leoz bevorzugt die Zyklodialyse und, statt der klassischen Iridektomie, die Operation nach Lagrange. Müggel (112, 104) empfiehlt die Trepanationszyklodialyse (Cycl. von einem hinteren Trepanationsloch aus nach Sallmann), Denig (112, 97) die Iridotorsion, Barkan (113, 82) bei Hydrophthalmus congenitus die möglichst frühzeitige **Goniotomie** (Sprengung des den Kammerwinkel verschließenden embryonalen Gewebes, im Gegensatz zur „Trabekulotomie“ beim Erwachsenen).

Staroperation. Die **intrakapsuläre** Extraktion des Altersstars ist in den letzten zwei Jahrzehnten mehr und mehr Allgemeingut auch der deutschen Kliniker geworden, so daß z. B. in Tübingen auch der junge Assistent von vornherein darin ausgebildet wird. Aus einer umfangreichen Diskussion (Vogelsang, Harms, Gasteiger, Ahuja, 113, 187) ergibt sich folgendes Bild: Akinesie, retrobulbäre Novokaininjektion, sowie Beruhigung des Patienten durch SEE sind dringend anzuraten, Zügelnaht und Kanthotomie nebensächlich. Der Spaltlampenbefund gibt keinen sicheren Hinweis auf die Resistenz der Linsenkapsel, so daß jede Extraktion zunächst als intrakapsuläre angelegt werden soll. Platzt die Kapsel, so kann die Operation jederzeit extrakapsulär zu Ende geführt, in vielen Fällen die Kapsel noch nachträglich ausgezogen werden. Bei intumeszenten Katarakt kann durch Einstich peripher oben (Lindner) etwas Linse abgelassen werden, wonach sich die Kapsel fassen läßt. Postoperative Entzündungen sind seltener und leichter zu beherrschen als bei extrakapsulärer Extraktion. Glaskörperverluste und Aderhautabhebung sah Harms etwas häufiger bei i. E. als bei o. E. Er operiert auch bei Disposition zu Amotio retinae intrakapsulär wegen der besseren Übersehbarkeit der Netzhaut. Ob Netzhautablösung nach i. E. häufiger ist als nach o. E., wird immer noch verschieden beurteilt. Velhagen (112, 225) extrahiert auch bei hoher Myopie jeden Grades in der Kapsel und begründet dies ausführlich und einleuchtend. Besonders betont er den Wegfall der bei Myopie besonders ungünstigen Nachstarverhältnisse, die kurze Heilungsdauer und das durchschnittlich erheblich bessere Sehvermögen. Extraktion in der Kapsel mit normalem Schnitt nach oben im Limbus bevorzugt Gasteiger (113, 290) auch an nach Elliot trepanierten Glaukomaugen, worin ich ihm durchaus beistimme. Dringend zu warnen ist dagegen vor i. E. bei Jugendlichen wegen der großen Resistenz der Zonula. Sie verfallen zum großen Teil einer meist irreparablen Netzhautablösung!

Die Operation des **angeborenen und kindlichen Stars** wird eingehend von Velhagen (113, 305) behandelt. Wegen der Empfindlichkeit des Ciliarkörpers und der großen Neigung zu Blutungen wird zweckmäßigerweise nach schonender aber ausgiebiger Diszission die Linse der Aufsaugung in der Vorderkammer überlassen; nötige Starschnitte sollen zur tunlichen Vermeidung von Blutungen in den Limbus gelegt werden. Die hintere Kapsel ist sorgfältig zu schonen, weil jeder Glaskörperverlust die Gefahr des Glaukoms und der degenerativen Hornhauterkrankung nach Berührung mit dem Glaskörper in sich schließt. Hinsichtlich des Zeitpunkts der Operation empfiehlt Velhagen bei hochgradiger Trübung das Ende des ersten Lebensjahrs, in anderen Fällen

operiert er zur tunlichen Vermeidung einer Amblyopia ex anopsia jedenfalls vor dem sechsten Lebensjahr.

Eine weitere besondere Aufgabe stellt die Operation **luxierter Linsen** dar. Zeman (112, 279) bevorzugt bei Ectopia lentis congen. die Diszission mit zwei Nadeln, die u. U. mehrfach wiederholt werden kann. Eggert (111, 223) berichtet über 25 an der Tübinger Klinik extrahierte (sub-)luxierte Linsen. Wo immer möglich wurde nach entsprechend großem Schnitt die Linse mit der Schlinge geholt. Die Indikation ergab sich aus bestehendem Glaukom oder hochgradiger Sehstörung durch die Linsentrübung am verletzten Auge. In den Glaskörper versenkte Linsen wurden nicht angegangen. Für solche Fälle empfiehlt Rumbauer (111, 22) ein Verfahren, bei dem unter ständiger Leitung mit dem Auge (Langesche Diasklerallampe von Zeiß) mit einer langen, am Ende leicht aufgebogenen Diathermienadel die Linse in ihre ursprüngliche Lage zwischen Glaskörper und Iris hinter die Pupille gebracht wird, von wo sie dann nach Lappenschnitt ausgezogen werden kann.

Lidoperationen. Der Krieg mit seinen überaus zahlreichen Verletzungen und Verbrennungen des Gesichts im Feld und in der Heimat hat auf dem Gebiet der plastischen Operationen wieder größte Erfahrungen gezeitigt in der Anwendung der verschiedenen Methoden: freie Hautlappen, Roll- und Kriechlappen, Kunststoffe. Erggelet (113, 290) empfiehlt als verhältnismäßig einfach, zeit- und materialsparend **freie** Hautlappen, die er der Hinterseite der Ohrmuschel und dem angrenzenden Gebiet, oder der Halshaut, zur Brauenbildung der behaarten Kopfhaut entnimmt. Das Material entspricht weitgehend der Haut in der Umgebung des Auges, neigt nicht stärker zur Nekrose als gestielte Lappen und läßt zusätzliche Narben im Gesicht vermeiden. In der Diskussion stimmt ihm Rauh zu, der die Lappen von der Innenseite des Oberarms nimmt. Thiersch-Lappen (Heinsius) setzen einen 3—4fachen Übereffekt voraus, wenn sie wirklich ausreichende Dauererfolge zeitigen sollen (Engelking). Glüh (113, 143) verwendet zum Ersatz des Oberlids einen Stirnhautlappen nach Kreibitz, der in einer ersten Sitzung mit Lippenschleimhaut hinterfütert wird und sich auch zum Ersatz beider Lider eignet, wobei die Lidspalte nachträglich durch horizontalen Einschnitt gewonnen wird. Die Wimpernreihe wird aus hinter dem Ohr entnommener Kopfhaut gebildet. Unmittelbar gewinnt einen Wimpernsatz fürs Unterlid Engelbrecht (113, 65) durch einen tief in der Jochbeingegend ansetzenden und bis zur Haargrenze reichenden Kreibitzlappen, der durch Ohrknorpel-Lippenschleimhautplastik nach Büdinger vervollständigt wird. Die von Denig, Thies u. a. befürwortete Frühversorgung schwerer Bindehautverätzungen durch perikorneale Übertragung von Lippenschleimhaut oder durch Bindehaut vom andern Auge (nur bei weniger ausgedehnten Verätzungen) wird von Pavisic (113, 95) in acht bzw. sieben Fällen beschrieben. Cibis (112, 238) verwendet zum Ersatz des Ober- und Unterlids einen nach Fricke-Kreibitz gebildeten Schläfenhautlappen, was erstmals Lexer (1907) zum Ersatz der Augenbraue ausgeführt hat. Grieger (111, 13) schließlich beschreibt ausführlich Plastiken mit Rolllappen von der Hals- und Schläfengegend, auf deren Einzelheiten nicht eingegangen werden kann. In der Hand des Geübten ergeben alle diese Verfahren kosmetisch und funktionell befriedigende Erfolge und die

Wahl wird schließlich davon abhängen, woher im Einzelfall das Material am bequemsten und zweckmäßigsten zu bekommen ist. Daß auch ein bis auf eine schmale temporale Hautbrücke abgerissenes verschmutztes Oberlid primär eingeheilt und damit kosmetisch und funktionell gerettet werden kann, zeigt H ö r s t g e n (113, 77) an einem instruktiven Fall. J a n k e (111, 272) reponiert eine nasal nach unten verlagerte Lidspalte nach ausgiebiger Mobilisation der ganzen Gegend einschließlich des Bindehautsackes durch Einlagerung eines aus der Nasenwurzelgegend vorgebildeten Hautlappens in den Defekt. Die Bildung einer prothesefähigen Augenhöhle beschreibt in zwei Fällen (1 Mikrophthalmus und 1 Kriegsverletzung) E l b r e c h t z (113, 77): Nach sorgfältiger Entfernung alles überflüssigen, besonders Narben-, Gewebes wird ein dem Oberarm entnommener, um eine Stenzkugel genähter freier Hautlappen in die Augenhöhle eingeführt und mit Lidrändern und Lidecken durch Nähte vereinigt.

Nachdem frühere Versuche mit Knochen usw., da erfolglos, aufgegeben worden waren, macht sich neuerdings das Bestreben geltend, Defekte der knöchernen Augenhöhlenumrandung durch neuartige Fremdstoffe (Kunstharzprodukte) zu ersetzen. C i b i s und K i m m i g (112, 75), sowie C i b i s (112, 232) und P r o t z e r (112, 92) verwenden Plomben und gefensterter Platten aus **Supramid** (einem Superpolyamid, Stoffe, deren zahlreiche Peptidbindungen einen eiweißartigen Aufbau ergeben, die aber von eiweißspaltenden Fermenten nicht angegriffen werden) außer zur plastischen Stumpfbildung nach E nukleation (Thiel) als Ersatz von Knochendefekten der Orbitalumrandung und des Jochbeins, als Schaltschubstanz zur Vermeidung von Knochenadhärenzen, zur Lidhebung und als Lidersatz mittels eines dem unteren Orbitalrand aufsitzenden Supramidstegs, sowie zur Ptoisoperation mittels gefensterter Lidplatte. W a l s e r (113, 280) fertigt zunächst eine den Knochendefekt exakt ausfüllende Plombe aus Modellierwachs und gießt diese aus **Paladon** (zahnärztl. Kunstharzstoff) nach, das 24 Stunden vor der Operation in 1%iger Oxycyanatlösung sterilisiert wurde. Die Technik der Einpflanzung von Supramidplomben nach E nukleation wird im einzelnen von C i b i s (112, 313) beschrieben, ebenso von T e c h o w (111, 235), der **Polyviol**plomben verwendet und von K l a r (113, 145), der viele Mißerfolge, namentlich bei Spätimplantation, auf zu große Plomben zurückführt; ähnlich B u d d e, F r e u s b e r g, J a e n s c h u. a. (113, 388). Demgegenüber bevorzugen S o n d e r m a n n und R o g g e n k ä m p e r (113, 387) immer wieder die Einpflanzung körpereigenen Fettes, wobei ersterer die Fettschrumpfung dadurch umgehen zu können glaubt, daß er den die geraden Augenmuskeln tragenden Skleraring von dem dann in die Orbita zurücksinkenden hinteren Teil abtrennt. Nach R o g g e n k ä m p e r ermöglicht die Fettimplantation auch die seitlichen Bewegungen der Prothese besser als die Kunstharzkugel, weil diese die seitliche Einsenkung des Bindehautsackes behindert.

Augenprothesen aus **Plexiglas** befürwortet I l l i g (113, 283) als praktisch unzerbrechlich und reizfrei. P a p e (113, 387) hat solche aus **Paladon** und **Palapont** herstellen lassen und die Iris mit nicht ganz befriedigendem Erfolg aufgemalt, später mit einem Mittelstück aus Glas versehen und ermutigende Versuche hinsichtlich des Haftens von Glas auf Kunstharz angestellt. Kunst-

stoffprothesen, die wegen der schwierigen Beschaffung der für Glasprothesen nötigen Glassorten sich ankündigen, beschreiben auch C u s t o d i s und F r e u s b e r g (113, 388).

Auch die Chirurgie der **intraokularen Metallsplitter** hat durch den Krieg manche Förderung erfahren, über die neuerdings berichtet wird. L e y d h e c k e r (111, 239) empfiehlt Lidsperrer aus **Calit** (Herst. Isolatorenges. Hermsdorf-Schomburg, Thür.), die auskochbar sind, auf metallische Suchgeräte nicht ansprechen, wenig Röntgens Schatten geben und, bei der Röntgenaufnahme eingelegt, neben der Ermöglichung der Fixation und der Kontrolle der Augenstellung, auch in den Lidern liegende Fremdkörper leicht als solche erkennen lassen. Zur **Entfernung nichtmagnetischer Metallsplitter** aus dem Auge bedient sich L e y d h e c k e r (112, 255) einer an einem Radioapparat angeschlossenen Pinzette. Er beschreibt (111, 181) die Extraktion eines im Röntgenbild nicht darstellbaren feinen Kupferlitzendrähchens mit dieser Pinzette. Zur skelettfreien Aufnahme lassen sich die V o g t s c h e n Filme oft durch Zahnfilme ersetzen. — Auf Grund theoretischer Erwägungen und experimenteller Untersuchungen hält T h i e l (112, 258) die Ausziehung an sich unmagnetischer Metallsplitter mit Hilfe elektrodynamischer Kräfte und Wirbelströme für möglich. Das Verfahren ist nur an Orten anwendbar, wo entsprechend hohe Leistungen und eine Spezialeinrichtung zur Verfügung stehen, erscheint aber an sich erfolgversprechend und würde eine schonendere Extraktion ermöglichen, als dies mit direkten Eingriffen geschehen kann. — Die bei **diaskleraler Magnetextraktion** erforderliche genaue Lokalisation des Splitters erreicht M i e h l k e (113, 289) durch Beachtung der in jedem Fall vorhandenen u. U. sehr feinen Bewegungen der Sklera am Sitz des Splitters. M e i ß n e r (ibid.) lokalisiert mit dem Augenspiegel sichtbare Splitter genau wie Löcher bei Netzhautablösung und markiert sie diathermisch auf der Sklera, womit zugleich einer Amotio entgegengearbeitet wird. Intraorbitale Splitter entfernt M i e l k e (113, 387) mit einem besonderen, hohlmeißelförmigen Magnetansatz, an dessen kugelförmigen hinteren Ende (nach Einführung des vorderen Endes in die Gegend des Splitters) der Magnet herangebracht wird. H o f f m a n n (112, 156) empfiehlt die diasklerale Extraktion durch einen nur die Sklera durchsetzenden, mit vorgelegtem Faden gesicherten V-förmigen Schnitt, der nach Bedarf leicht vergrößert werden kann und schonendste Behandlung der inneren Augenhäute ermöglicht.

Unter den **Schielopoperationen** nehmen die **Muskelpiropfungen** bei der Paralyse eines oder beider Seitenwender eine besondere Stellung ein. Über zahlreiche eigene Erfahrungen berichtet J a e n s c h in zwei Arbeiten (111, 1 und 112, 309). Er bevorzugt das Verfahren von O' C o n n o r: nach Spalten der Sehne des Rectus sup. und inf. auf 12 mm Länge bleibt das laterale Drittel an Ort und Stelle, die nasalen zwei Drittel werden unter dem lateralen bis zum Rect. lat. geführt; hier wird die Sehnenzunge aus dem Heber mit der unteren, die aus dem Senker stammende mit der oberen Hälfte der Lateralissehne vernäht. Das Verfahren ist auch bei artefiziellen Strabismus und beim Versagen der üblichen Methoden der Schieloperationen anwendbar und ergibt oft gute Stellung und ausgedehntes Feld des Einfachsehens. Auch über ein- und doppelseitige Teno-

tomie des Internus und mit Internustentomie kombinierte Vorlagerung des Rect. lat. berichtet J a e n s c h (111, 10) in positivem Sinne. — Mit Höhenablenkung kombiniertes Einwärtsschielen erfordert oft mehrere Eingriffe. H a r m s (113, 188) bevorzugt beim Einwärtsschielen eine modifizierte Vorlagerung des Rectus lat., die höchstens mit vorsichtigem Einschneiden des Antagonisten kombiniert werden soll. M e e s m a n n (113, 300) führt bei Strab. sursoadductorius die Myectomie des Obl. inf. aus und sah dabei zahlreiche befriedigende Erfolge. Ubereffekt ist dabei nicht zu befürchten. — Daß die im allgemeinen als gefahrlos geltenden Schieloperationen gelegentlich auch erste **Komplikationen** nach sich ziehen können, zeigt G a s t e i g e r (113, 152) an drei Fällen. Es kann, wohl begünstigt durch die schlechten Ernährungsverhältnisse, zu Nekrosen der Sklera kommen, die an den Muskelansätzen besonders dünn ist und deren durch die Sehnen laufende Blutversorgung durch die Operation unterbrochen wird, wozu noch Infektion von außen hinzukommt. In einem der Fälle ging das Auge schließlich durch Glaskörperabsatz verloren.

Die **Operation des Tränensacks nach Toti** (Dacryocystorhinostomie) hat sich allgemein durchgesetzt, im einzelnen werden aber immer wieder kleine Modifikationen angegeben. G ü n t h e r (111, 176) hat vier Fälle nachoperiert und als Ursache des vorhergehenden Versagens festgestellt: 1. Granulombildung im Tränensack, 2. Periostwucherung, 3. falsche Technik. Auf diese sind aber wohl letzten Endes alle Versager zurückzuführen, nicht nur wenn, wie in dem einen Fall, der Tränensack mit der Siebhöhle, statt mit der Nasenhöhle vereinigt wurde. Wichtig ist vor allem die Bildung eines großen Knochenfensters (A m s l e r, 113, 95), das auf verschiedene Weise gebildet werden kann. S c h m i d t (113, 188) umgrenzt das zu entfernende Knochenstück durch kleine Löcher mit einem zahnärztlichen Rosenbohrer und stemmt sodann das Stück aus. L e m b e c k (ibid.) benutzt den Arruga'schen Trepan oder die S t o c k s c h e Fräse (das wohl am meisten verbreitete Verfahren) und legt Wert auf die Herstellung einer spitzwinkligen Ring-Knochenkante durch nachträgliches Abschrägen. K l e m e n s (ibid.) hat seinen Trepan mit Diamantstaub besetzt, um ihm größere Härte zu geben. Meist wird der Tränensack seitlich aufgeschnitten und die Ränder mit der Nasenschleimhaut vernäht. Weitere Einzelheiten s. bei M ü g g e (112, 82) und E n g e l b r e c h t (113, 268). Das gleichzeitig von S t o c k und A r r u g a angegebene Verfahren, den gut mobilisierten Tränensack unten abzuschneiden und in die Nasenhöhle hineinzuziehen, wobei Nähte sich erübrigen, weil der Tränensack als geschlossener Schlauch verbleibt, scheint wenig geübt zu werden, obwohl es einfach ist und ebenfalls gute Erfolge zeitigt. — Ist bei einer P h l e g m o n e konservatives Vorgehen nicht mehr möglich, so soll (E n g e l b r e c h t, 113, 64) nicht nur inzidiert, sondern nach allgemein chirurgischen Grundsätzen breit gespalten, Tränensackgrube und Tränennasengang gründlich ausgekratzt und für einige Tage tamponiert werden.

Die Chirurgie der **Opticusgliome** ist nach zwei Richtungen hin kompliziert. Einmal läßt sich vor der Operation nicht sagen, ob es sich um einen gut- oder bösartigen Tumor handelt; sodann erstreckt sich die Geschwulst oft auf den intrakraniellen Teil. L ö h l e i n

(113, 188 und 288, s. a. S t ö w e r 113, 76) geht so vor, daß er zunächst den intrakraniellen Teil vom Chirurgen entfernen läßt, wobei zugleich der Tumor im Canalis N. optici mobilisiert und die Art. ophthalm. unterbunden wird. In einer zweiten Sitzung wird dann das Auge und der intraorbitale Sehnerv entfernt. S t o c k (113, 289) hat in einem inoperablen Fall mit Erfolg röntgenbestrahlt, doch wird für die Regel von anderer Seite (ibid.) die Bestrahlung abgelehnt, weil sie das ev. spätere Vorgehen des Chirurgen erschwere (erhöhte Blutungsneigung).

Zum Schluß sei noch auf einige Einzelberichte aus verschiedenen Gebieten verwiesen. Bei den nach Enukleatio bulbi nicht selten geklagten Orbital- und Kopfschmerzen sollte man vielleicht doch öfters an die Bildung eines **Amputationsneuroms** denken, wie es B a b e l und V a l e r i o (113, 86) in einem Fall beschrieben haben.

Vom H o f e (113, 280) empfiehlt die **Transfixion** umschriebener Iriswülste bei Sekundärglaukom nach Iritis.

S a u t t e r (113, 281) berichtet über die überaus günstige Wirkung der **Trepanation** nach Elliot bei 40 Fällen von **Keratitis disciformis**, wie sie seit Jahren von S t o c k geübt wird.

Die Entfernung eines **Irissarkoms** im Gesunden gelang F r i e d e (111, 234) durch einen trapezförmigen Ausschnitt aus der Hornhaut mit nachfolgender Hornhautnaht, wodurch sich allerdings eine erhebliche Beeinträchtigung des Sehvermögens ergab.

H a r t m a n n (112, 333) konnte einen lebenden Cysticercus aus der Vorderkammer ausziehen, der sich als Ursache einer fibrinösen Iritis erwies.

Die **Bulbusverkürzung** nach L i n d n e r bei hochgradiger Myopie führte A h u y a (113, 176) mit Erfolg aus in einem Fall von recidivierender Amotio. Er schnitt im temporal unteren Quadranten 10 mm vom Limbus entfernt einen Streifen von 2,5:12 mm aus der Sklera, deren Ränder vernäht und mit einigen Elektrokoagulationen zur Vorbeugung gegen neuerliche Amotio belegt wurden. Die Netzhaut legte sich an, der Visus betrug 5/50. Beobachtungsdauer 5 Monate. Das Auge erschien deutlich verkleinert, die Myopie blieb jedoch unverändert.

D o b r z y n s k i (113, 94) verwendet zur Iontophorese eine Augenbadewanne aus Glas, in die eine kleine Kohlenelektrode eingelassen und ein Lidheber angefügt ist. Die Flüssigkeit überspült die Hornhaut und dringt auch in die Taschen der Bindehaut ein.

THEORETISCHE FORSCHUNG

Im Vordergrund der theoretischen Forschung stehen z. Zt. Fragen der Beziehungen der chronischen Iridozyklitis zur Tuberkulose einerseits und dem Rheumatismus andererseits. Es scheint sich die Auffassung durchzusetzen, daß es sich dabei schließlich um unspezifische allergisch-hyperergische Zustände handelt, bei denen die initiale Infektion zwar einen wesentlichen, im weiteren Verlauf aber nicht ausschlaggebenden Einfluß ausübt. Unverkennbar weisen diese Anschauungen auf die Arbeiten von R i c k e r und von S p e r a n s k y hin (u. a. 113, 291 ff.). In diesem Zusammenhang sind u. a. die Untersuchungen von M a r c h e s a n i (113, 295) über die segmentäre und nervale Gliederung des Auges von Wichtigkeit. Weiterhin sind den Beziehun-

gen zwischen allgemeinem Blutdruck, Druck in den Augengefäßen, intraokularem Druck und Glaukom bzw. Erkrankungen der Netzhautgefäße zahlreiche Arbeiten gewidmet, die hier im einzelnen nicht angeführt werden können. Ebenso müssen wir es uns versagen auf die zahlreichen Untersuchungen der Beziehungen zwischen Augen- und Nerven-, bzw. Stoffwechsel-

krankheiten, über Physiologische Optik, Farbensinn, Vererbung usw. einzugehen.

Das Übersichtsreferat, in diesem Frühjahr geschrieben, kommt leider erst heute zur Veröffentlichung, ohne daß eine Überarbeitung noch möglich gewesen wäre. Manches, z. B. der Hinweis auf die Arzneimittelknappheit und einiges die Penicilline betreffende, was vor einigen Monaten noch durchaus zutreffend war, ist jetzt überholt. Schriftleitung.

Die Labordiagnose der Virusgrippe

Von Dr. med. Kurt Liebermeister, Stuttgart

Viren sind bekanntlich andersgeartete Erreger als Bakterien. Während letztere fast ausnahmslos auf künstlichen Nährböden kultivierbar und durch färbische Darstellung mit dem Lichtmikroskop nicht nur sichtbar, sondern in vielen Fällen auch differenzierbar sind, ist dies bei den Viren im allgemeinen nicht der Fall. Die Züchtung eines Virus, seine Anreicherung, Reindarstellung und Sichtbarmachung erfordert Spezialapparaturen wie bakteriendichte Filter, hochtourige Zentrifugen und hochauflösende Mikroskope mit Elektronenstrahlen. Die Isolierung und Fortführung in Passagen geschieht durch Übertragung auf empfängliche Versuchstiere oder auf befruchtete und bebrütete Hühnereier. Die Hühnerkultur, die in gewissem Sinn nichts anderes ist als ein Tierversuch, hat große Bedeutung erlangt und hat den Vorteil, daß man unter absolut sterilen Verhältnissen arbeiten kann, während bei Tierpassagen stets mit dem Auftreten von Mischinfektionen, z. B. durch Aktivierung mäuseeigener Virusarten, zu rechnen ist. Näher auf diese interessanten Einzelheiten einzugehen, ist in diesem Rahmen leider nicht möglich.

Jedenfalls erfordert die Virusisolierung einen gewissen Aufwand an Zeit und Material, so daß heute in den meisten Fällen auf den direkten Erregernachweis verzichtet werden muß und die Diagnose einer Viruserkrankung durch serologische Methoden zu erbringen versucht wird, die genau so wie in der Bakteriologie auf einer Antigen-Antikörper-Reaktion beruhen.

Die Möglichkeit einer Frühdiagnose wird dadurch von vorneherein ausgeschlossen, daß es einige Zeit dauert, bis der Organismus auf die Infektion mit Antikörperbildung antwortet. Auch ist es im allgemeinen ein Nachteil der serologischen Diagnostik, daß 1. ein von früheren Erkrankungen oder Impfungen stammender Antikörpertiter ebenfalls nachweisbar sein kann, 2. nicht jeder Organismus in gleichem Maße Antikörper bildet und 3. Träger und Ausscheider von Krankheitserregern überhaupt nicht faßbar sind.

Zur Diagnose der Virusgrippe stehen 2 serologische Nachweismethoden zur Verfügung, nämlich 1. der Hirst-Test und 2. die Komplementbindungsreaktion.

ad 1.: **Der Hirst-Test:** Das Influenzavirus ist ebenso wie einige andere Virusarten und sogar einige Bakterienarten in der Lage, Blutkörperchen, und zwar besonders Hühnerblutkörperchen, zu agglutinieren und diese in charakteristischer Weise zur Sedimentation zu bringen. Zwischen dem Auftreten dieser Haemagglutination und der Virusmenge besteht ein direkter Zusammenhang, was für die Virologie infolge der Möglichkeit eines sehr einfachen mengenmäßigen Virusnachweises von größter Bedeutung ist.

Typenspezifisches Grippeimmenserum neutralisiert nun das Influenzavirus und verhindert so das Auftreten der durch das Virus hervorgerufenen Haemagglutination.

Hält man nun in einer Reagenzglasreihe die Virusaufschwemmung und die Hühnerblutkörperchenmenge konstant und gibt Patientenserum in fallender Menge dazu, so kann man erkennen — je nachdem, ob bei geringen oder auch bei starken Verdünnungen des Serums die Agglutination der Hühnerblutkörperchen ausbleibt — ob das Patientenserum wenig oder viel virusneutralisierende Antikörper enthält.

Es hat sich nun gezeigt, daß schon der gesunde Mensch häufig auf Grund einer früher durchgemachten Erkrankung in einem mehr oder weniger hohen Maß Antikörper gegenüber Influenzavirus besitzt. Die bloße Feststellung der Höhe dieses Immunkörperspiegels sagt also gar nichts darüber aus, ob es sich bei der eben durchgemachten Erkrankung um eine Influenza handelte oder nicht. Die Diagnose kann vielmehr einzig und allein nur aus einem Anstieg des Antikörperspiegels gestellt werden. Es ist daher notwendig, daß 2 Blutproben zur Untersuchung gelangen und der Zeitpunkt der Entnahme dieser Blutproben in bezug auf den Erkrankungsbeginn ist von außergewöhnlicher Bedeutung, wenn verwertbare Befunde zustande kommen sollen, wie überhaupt die richtige Wahl des Zeitpunkts einer bakteriologisch-serologischen Untersuchung eine Voraussetzung für einen brauchbaren Befund ist; eine Tatsache, die, wie die tägliche Praxis zeigt, manchmal völlig ignoriert wird.

Bei Verdacht auf Virusgrippe ist nun die 1. Blutprobe in der akuten Phase der Erkrankung, also möglichst nicht später als am 3. Erkrankungstag, und die 2. Probe in der rekonvaleszenten Phase, also nicht vor dem 10. Erkrankungstag zu entnehmen.

Mit der ersten Entnahme will man ein Serum gewinnen, das noch keinen bzw. den vor der Erkrankung vorhandenen Immunkörperspiegel zeigt, die 2. Entnahme erst liefert ein Serum, das die durch die Erkrankung hervorgerufenen Immunkörper enthält. Ist ein Anstieg des Antikörpertiters um 2 Stufen oder mehr vorhanden, so spricht dies für Virusgrippe.

Nebenbei sei darauf hingewiesen, daß Antikörper nicht in den ersten Erkrankungstagen gebildet werden. Auch die bei bestimmten Virus Pneumonien auftretenden Kälteagglutinine, deren Nachweis mit der in der Kälte stattfindenden Agglutination von menschlichen Blutkörperchen, der sogenannten Kälteagglutination erbracht wird, treten am stärksten meist nach dem 10. Erkrankungstag auf. Leider wurde auch von großen Kliniken dem Med. Landesuntersuchungsamt meist eine zum

Citretten und Gustin

die beiden antidyspeptischen Sicherheitsfaktoren in der Ernährung des Säuglings und Kleinkindes. Während die Citretten (hergestellt von der Firma Joh. A. Benckiser G.m.b.H., Ludwigshafen/Rh.) eine zuverlässige Säuerung und dadurch eine feinflockige Gerinnung der dargereichten Milchnahrung herbeiführen, dient Gustin, das reine Kohlehydrat (100 g = 360 cal.), dazu, den Kohlehydratgehalt der Kuhmilch zu erhöhen. Als II. Kohlehydrat neben dem meist gebräuchlichen Rübenzucker verwendet, unterstützt Gustin die feine Ausfällung des Eiweißkörpers der Kuhmilch. Gustin wirkt stark gärungshemmend und erhöht dadurch die antidyspeptische Wirkung der Citrettenmild-Nahrung in hervorragender Weise. Gustin hat seinen Platz sowohl in der Säure-*Halb- und Zweidrittelmild* als auch in der unverdünnten Säure-*Vollmild*. Da der Gustin-Zusatz fast durchweg nur 2% beträgt, so darf die mit Gustin angereicherte Citrettenmild infolge der geringen Gesteuerungskosten als außerordentlich wirtschaftliche Säuglingsnahrung angesprochen werden. Ein besonderer Vorteil von Gustin liegt in der leichten Anwendung und der kurzen Kochzeit. Auch in der Beikostnahrung, in der Kindersuppe, im Kinderbrei, in Verbindung mit Früchten oder Gemüsen bzw. deren Säften findet Gustin seit Jahrzehnten Verwendung, wobei seine rasche und hohe Quellfähigkeit und die leichte Verdaulichkeit besonders vorteilhaft in Erscheinung treten.

Gustin wird in 250 g Packungen zum Preise von 52 Pfg. geliefert.



DR. AUGUST OETKER

NÄHRMITTELFABRIK G.M.B.H. · BIELEFELD



STADA

Präparate

Phytotherapeutica:

Spec. stomachicae „Stada“
MAGEN-TEE

50 g —.90 DM

Spec. gynaecologicae „Stada“
FRAUEN-TEE

50 g —.90 DM

Cholagoga:

Spec. cholagogae „Stada“
GALLEN- UND LEBERTEE
50 g —.90 DM

Sal. Carol. factitium „Stada“
KUNSTL. KARLSBADER SALZ
100 g —.75 DM

Fragen Sie

Ihren

Apotheker

aus dem
Laboratorium
Ihrer

APOTHEKE

NEUERSCHEINUNGEN UND NEUAUFLAGEN JULI 1949

DR. PAUL SCHOBER †

Medizinisches Wörterbuch der deutschen und französischen Sprache

Durch einen Anhang ergänzt von Dr. Willibald Pschyrembel

7., neubearbeitete Auflage. 448 Seiten. Geheftet DM 15,50; Hlud. DM 18,50

Aus dem Vorwort für die siebente Auflage:

Der verdienstvolle Verfasser dieses weitverbreiteten Wörterbuches ist im Jahre 1943 gestorben. Die große praktische Bedeutung dieses Wörterbuches ist mir zuerst bei meiner Tätigkeit als „assistant étranger“ an der Maternité Pinard in Paris klageworden. Ich bin der Aufforderung des Verlages, die Neuherausgabe dieses Werkes zu besorgen, sehr gern gefolgt, zumal ich schon zum eigenen Gebrauch eine ganze Reihe von Ergänzungen hinzugefügt hatte. Den Text der vorigen Auflage habe ich einer genauen Durchsicht unterzogen. Zahlreiche Fachwörter, deren Aufführung ich für notwendig halte, habe ich in einem Anhang zusammengestellt.

PROF. DR. AUGUST MAYER

Grundzüge der operativen Geburtsleitung

Für Studierende und praktische Ärzte

4. und 5., ungearbeitete Auflage. 127 Abbildungen. 256 Seiten. Geheftet DM 16,—; Hlud. DM 18,50

INHALTSÜBERSICHT:

- | | |
|---|--|
| A. Anatomisch-physiologische Vorbemerkungen | G. Die Wendungsoperationen |
| B. Vorfagen der Geburtsleitung (Geburtsprognose) | H. Operationen bei Beckenendlage |
| C. Aufgaben und Gesichtspunkte der Geburtsleitung | I. Einlegen eines Metreurynters oder Kolpeurynters |
| D. Allgemeine Operationslehre | K. Die zerstückelnden Operationen |
| E. Die Zangenoperationen | L. Indikationen zum Uterusschnitt |
| F. Kristellersche Expression | M. Operationen in der Nachgeburtsperiode |
| | N. Anhang |

PROF. DR. ERNST RODENWALDT

Hygiene

In ihren Grundzügen

331 Seiten. Geheftet DM 13,80; Hlud. DM 16,—. Mit 10 Abbildungen

INHALTSÜBERSICHT:

Vorwort

- I. Allgemeine Hygiene: Einleitung — Luft und Boden — Siedlung, Haus, Wohnung — Ernährung — Kleidung — Wasser — Abwasser und Abfall — Bestattung — Arbeitshygiene — Desinfektion, Sterilisation und Entwesung.
- II. Seuchenlehre: Epidemiologie — Mikrobiologische Diagnostik — Eiterkokkeninfektionen — Brucellosen — Salmonellen — Bacilläre Ruhr — Pest — Tularämie — Schweinerotlauf — Rattenbißkrankheit — Cholera — Diphtherie — Rotz — Milzbrand — Anaerobierinfektionen — Tuberkulose — Lepra — Keuchhusten — Erkrankungen durch Pilzinfektion — Amöbenruhr und Leberabszeß — Wurmkrankheiten — Schriftenverzeichnis — Autorenverzeichnis — Sachverzeichnis.

PROF. DR. GEORG WINTER †

Die künstliche Schwangerschaftsunterbrechung

Indikationen und Methoden

3., vollständig umgearbeitete Auflage, herausgegeben von Prof. Dr. Hans Naujoks. 131 Seiten. Kartiert DM 10,—

INHALTSÜBERSICHT:

- A. Allgemeine Bemerkungen über die künstliche Schwangerschaftsunterbrechung.
- B. Die medizinischen Indikationen:
Schwangerschaftstoxikosen / Erkrankungen der Genitalorgane und Anomalien der Geburtswege / Störungen im Verlauf der Schwangerschaft / Erkrankungen innerer Organe; Krankheiten des Respirationstraktus / Erkrankungen des Herzens und der Gefäße — Nierenkrankheiten — Blutkrankheiten — Störungen der inneren Sekretion / Psychiatrische und neurologische Krankheitszustände: Psychosen — Epileptische Zustände — Psychopathien — Chorea — Organische Gehirnkrankheiten — Rückenmarksleiden — Erkrankungen peripherer Nerven / Erkrankungen der Sinnesorgane: Augenkrankheiten — Ohrenkrankheiten / Chirurgische Komplikationen.
- C. Die nichtmedizinischen Indikationen.
- D. Die Methoden der künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung.



FERDINAND ENKE VERLAG · STUTTGART

falschen Zeitpunkt entnommene Blutprobe eingesandt.

ad 2: Die **Komplementbindungsreaktion**, oder auch Komplementfixationstest genannt, ist bei vielen Virus- und Rickettsienkrankungen anwendbar und entspricht in ihrem Prinzip der Wassermann'schen Reaktion bei Lues. Eine Besprechung erübrigt sich daher. Auch hier ist die Diagnose nur aus einem Titeranstieg zu erstellen.

Voraussetzung für die Durchführung dieser serologischen Untersuchungen ist vor allen Dingen, daß man im Besitz des jeweils benötigten Antigens ist, also bei Influenza im Besitz einer Virusaufschwemmung, die vom Hühnerei gewonnen wird.

Bei der relativ geringen Zahl der bisher isolierten Stämme, und da die serologischen Tests eben erst eingeführt werden, sind noch nicht alle Beziehungen und Verschiedenheiten der vorkommenden Virusstämme aufgeklärt. Man konnte jedoch beim Influenza-Virus einen Typ A und B abgrenzen. 1947 wurde in Fort Monmouth, N. J. (USA) ein Virusstamm isoliert, der die Bezeichnung FM₁ erhielt und in seinen antigenen Eigenschaften nur teilweise mit Stämmen des Typ A übereinstimmt.

Bei der letzten Grippewelle in Süddeutschland war festzustellen, daß das Serum der erkrankten Personen stark positive Reaktionen bei Verwendung des FM₁-Stammes als Antigen ergibt, während mit dem Typ A Antigen (PR 8-Stamm) gelegentlich keine positiven Reaktionen, oder aber Reaktionen in niedrigeren Titern zustande kommen.

Inzwischen hat sich auch gezeigt, daß dem Epidemiestamm 1948/49 offenbar eine vom PR 8-Stamm abweichende Morphologie zukommt.

Was hinsichtlich der antigenen Eigenschaften der einzelnen Stämme für die serologische Diagnostik gilt, trifft ebenso auch für die Schutzimpfung zu. Der Impfschutz wird nur dann ein hochwertiger sein, wenn der zur Immunisierung verwendete Stamm und der Epidemiestamm in ihrem Antigenaufbau identisch sind. Man wird also versuchen, mit dem jeweils zu erwartenden Epidemiestamm zu immunisieren, was bei dem wellenförmigen Vordringen der Grippe und der kurzen Immunisierungsdauer und sofern sich die Impfung auf

einen kleinen Personenkreis besonders Gefährdeter (Ärzte und Pflegepersonal) beschränkt, im Bereich des Möglichen zu liegen scheint. Der Impfstoff wird durch Züchtung des Virus im Hühnerei oder aus infizierten Mäuselungen gewonnen.

Außer dem Influenza-Virus können Erreger wie die Q-Fieber-Rickettsie, das Virus der atypischen Pneumonie (Pneumonitis-Virus) und vielleicht das Common cold-Virus oder ein noch unbekanntes Virus grippeartige Erkrankungen verursachen und es bestehen Anhaltspunkte dafür, daß auch an der abgelaufenen Epidemie nicht das Influenza-Virus als einziger Erreger beteiligt ist.

Interessant ist noch, daß alle Viren gegenüber Sulfonamiden, Penicillin und Streptomycin völlig resistent sind. Eine Ausnahme macht nur die Lymphogranuloma-Psittacose-Gruppe, zu der die Erreger des Lymphogranuloma inguinale, der Psittacose, der Ornithose, des Trachoms und einige tierpathogene Arten gezählt werden, und die mehr oder weniger sulfonamid- und penicillinempfindlich sind. Nach neuesten Untersuchungen hat man aber Anhaltspunkte gefunden, die dafür sprechen, daß diese Erreger besser von den Virusarten abzutrennen und mit den Organismen der Pleuropneumoniagruppe in einer besonderen Klasse von Mikroorganismen zusammenzufassen sind.

Bei den Rickettsien, die ja nicht zu den Virusarten gerechnet werden dürfen, liegen die Verhältnisse nicht so ungünstig; sie sind experimentell vor allem durch Streptomycin und Penicillin beeinflussbar. Der Q-Fieber-Erreger, der ja auch zu den Rickettsien zu stellen ist, ist erheblich streptomycinempfindlich. Klinische Erfahrungen liegen aber noch nicht in genügendem Ausmaß vor.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß zur Diagnose der Virusgrippe bewährte serologische Methoden bestehen. Die Virusisolierung und Antigenherstellung, der besondere Bedeutung zukommt, ist, wie das Arbeiten mit Viren überhaupt, an bestimmte Voraussetzungen geknüpft. **Zur Seuchenbekämpfung und zu einer fruchtbaren klinischen Arbeit wird ein gut ausgerüstetes Viruslaboratorium immer mehr eine unabweisbare Notwendigkeit.**

(Aus der Medizinischen Universitätsklinik Tübingen — Direktor: Prof. Dr. H. H. Bennhold — und der Inneren Abteilung des Kreiskrankenhauses Plochingen — leitender Arzt: Dr. W. Hahn)

Insulineinsparung durch Kupfersulfat?

Von Dr. med. Wilhelm Hahn

In Heft 10, 1948 dieser Zeitschrift hat Sroka in seinem Aufsatz „Vom Insulin und seinen pflanzlichen Ersatzstoffen“ u. a. die Arbeiten von Häussler und Schnetz erwähnt und auf eine insulineinsparende Wirkung des Kupfersulfats hingewiesen. Neben diesen Autoren hat noch eine Reihe von anderen (Hendrych u. Weden, Tkachenko, Ussolzew, Handovsky, Scott, Fisher, Sabatini und Repetto) ihre teilweise positiven Erfahrungen mit Kupfersulfat veröffentlicht. Die Abhandlung von Schnetz (Klin. Wsch. 1937) ist sehr bestechend: 17 Erfolge stehen keine Versager gegenüber, bei schweren und mittelschweren Diabetikern hat er durchschnittlich 20 bis 50 E Insulin bei der Verwendung von Kupfersulfat

einsparen können, bei leichten Formen konnte Insulin teilweise vollständig abgesetzt werden, Blutzucker- und Harnzuckerausscheidungskurven nach Adrenalinbelastung (weniger nach Traubenzuckerbelastung) verliefen unter Kupfersulfat wesentlich niedriger.

Die oligodynamische Wirkungsweise des Kupfers bei den verschiedensten Vorgängen im Organismus, wie sie Heilmeyer 1941 in einer Monographie eingehend gewürdigt hat, würde die Möglichkeit eines solchen insulineinsparenden Einflusses beim Diabetes durchaus zulassen. Den Mechanismus der Kupferwirkung erklären Häussler und Schnetz folgendermaßen: durch eine bestimmte Kupferanhäufung in der Leber wird — möglicherweise infolge einer „Zustands-

änderung" in der Leberzelle — erstens die Ansprechbarkeit gegenüber glykogenolytischen Reizen — wie z. B. bei der Adrenalinhyperglykämie — vermindert und nicht mehr so prompt mit einer Zuckerausschüttung beantwortet, zweitens wird das Glykogenfixierungsvermögen, welches bei dem primär diabetischen Prozeß an sich in hohem Maße vermindert ist, erhöht. Schließlich muß auch eine katalysatorische Wirkung des Kupfers in Erwägung gezogen werden, welche eine Anfachung der Oxydationsvorgänge im Organismus zur Folge hat und somit auch eine Förderung des Glykogenaufbaus, besonders in der Leber und in den Muskeln (im Sinne einer insulinähnlichen Wirkung) bedingen könnte.

In der besonders insulinknappen Zeit von 1945/46 haben wir diese Beobachtungen klinisch nachgeprüft, aber nicht bestätigen können. Die neuerliche Erwähnung der Verwendung von Kupfersulfat bei Diabetes mellitus veranlaßt uns zur Veröffentlichung unserer Ergebnisse, um vor weiteren langwierigen Kontrollen und Versuchen zu warnen. In Italien hat sich Repetto 1944 auf denselben Standpunkt gestellt mit der Begründung, daß die insulineinsparende Wirkung des Kupfersulfats — wenn überhaupt vorhanden — praktisch viel zu schwach sei.

Wir untersuchten die Wirkung von Kupfersulfat in der von Schnetz angegebenen Dosierung von 4 bis 8 Pillen zu 0,01 bei 20 Kranken mit Diabetes mellitus von verschiedenem Schweregrad. Es wurde nach

Möglichkeit darauf geachtet, eine konstante Vorperiode von mindestens 5 Tagen zu haben und in einer kupferfreien Nachperiode einen eventuellen Auslaßeffekt zu beobachten. Dem Vorwurf, daß ein Teil unserer Fälle ungenügend lang unter Kupfersulfat gestanden habe, ist entgegenzuhalten, daß Schnetz seine Belastungsproben ebenfalls in Kurzversuchen ausführte und der Hauptabfall bei seinen Dauerbehandlungen meistens in den ersten 2 Wochen erfolgte. Wir stellen fest, daß größere Schwankungen der Nüchternblutzuckerwerte und der täglichen Harnzuckerausscheidung praktisch nur von Änderungen der Insulindosis oder Kohlenhydratmenge, nicht aber von den Kupfersulfatgaben abhängen. 16 eindeutig negativen Ergebnissen stehen 4 fraglich positive gegenüber, wobei noch auf die meist längere Behandlungsdauer bei ersteren besonders hingewiesen werden kann. Die bei ihnen teilweise beobachtete Verschlechterung der Stoffwechsellage unter Kupfersulfat soll nun aber diesem nicht zur Last gelegt werden, sie ist größtenteils durch die Versuche, die Insulinmenge zu reduzieren oder die Kohlenhydratzufuhr zu steigern, bedingt. Einer strengen Prüfung der positiven Fälle würde letzten Endes nur 1 Fall standhalten, hier kann der Eindruck entstehen, daß die Besserung der Stoffwechsellage auf die Kupfersulfatwirkung zurückzuführen ist. Aber bei einer an sich so schwankend verlaufenden Krankheit, wie es der in Einstellung befindliche Diabetes ist, beweist dieser eine Fall nichts.

Blutspenderdienst an der Chirurg. Universitäts-Klinik Tübingen

(Direktor: Prof. Dr. Th. Naegeli)

Von Dr. med. Eugen Vetter

Die technischen Fortschritte in den letzten Jahren auf dem Gebiet der Chirurgie, vor allem der Thoraxchirurgie, wie sie uns besonders aus Anglo-Amerika, der Schweiz und Skandinavien bekannt sind, brachten zwangsläufig eine Weiterentwicklung des Blutersatzes und der damit verbundenen Organisation des Blutspenderdienstes mit sich. Aus rein äußeren Gründen sind wir zunächst noch vorwiegend auf Frischblut angewiesen, müssen also auf die Einrichtung von Blutspenderzentralen (Blutbank) mit allen technischen Neuerungen zur Herstellung von Vollblutkonserven oder flüssigem, gefrorenen oder Trocken-Plasma noch verzichten. Deshalb steht die Organisation des Blutspenderdienstes im Kleinen an den Kliniken und Krankenhäusern im Vordergrund des Interesses und muß möglichst exakt durchgeführt werden, um dauernd über ein genügendes Blutspenderdepot verfügen zu können und um eine 100%ige Sicherheit bei Transfusionen zu gewährleisten. Es darf keine Transfusionszwischenfälle mehr geben, die auf ungenauer Blutgruppenbestimmung beruhen, außerdem müssen auch die Untergruppen M, N, P und der Rh-Faktor bei dem Spender und möglichst auch bei dem Empfänger bekannt sein. Denn 15% der weißen Rasse sind nun einmal inständige, Anti-Rh-Agglutinine zu bilden. Dies ist der Fall, wenn einem Rh-negativen Individuum wiederholt Transfusionen von Rh-positivem Blut verabfolgt werden, oder wenn eine Rh-negative Frau

mit einem Rh-positiven Fötus (von einem Rh-positiven Vater) schwanger geht¹. Nicht alle Rh-negativen Individuen bilden unter diesen Umständen nachweisbare Isoagglutinine, stellt sich aber eine solche Isoimmunisation ein, dann kann das Rh-negative Individuum an schweren hämolytischen Reaktionen erkranken, wenn ihm Rh-positive Blutzellen transfundiert werden. Die Erscheinungen von Rh-Isoimmunisation treten gewöhnlich erst nach mehreren Transfusionen auf, wobei diese Reaktionen, die zu Beginn gewöhnlich milde sind, nach jeder nachfolgenden Transfusion mit Rh-positivem Blut an Schwere zunehmen. Erscheinungen von Isoimmunisation stellen sich meist nicht während der ersten Schwangerschaft einer Rh-negativen Frau ein, in den nachfolgenden Schwangerschaften jedoch führen die von der Mutter in zunehmendem Maße gebildeten Anti-Rh-Agglutinine bei Rh-positiven Kindern zu einer schweren hämolytischen Anämie, zur Erythroblastosis foetalis.

Sind einem Patienten, der bei vorausgegangenen Transfusionen Reaktionen aufwies, wiederholte Bluttransfusionen zu verabfolgen, dann ist es wichtig, eine Rh-Isoimmunisation als Ursache dieser Reaktionen auszuschließen, indem man beim Spender und beim Empfänger den Rh-Faktor bestimmt. Ist bei einer Frau, die ein Kind mit Erythroblastosis geboren hat, eine

¹ Die Handhabung des Spital-Transfusionsdienstes in USA, von Fonio.

Bluttransfusion indiziert, dann soll vor jeder Transfusion der Rh-Faktor des Spenders und des Empfängers bestimmt werden, da gegebenenfalls schon die erste Transfusion zu verhängnisvollen Reaktionen führen kann.

Kann in Notfällen oder aus technischen Gründen der Rh-Faktor nicht bestimmt werden, so ist die Methode von Dahr imstande, Rh-bedingte Störungen möglichst auszuschalten. Es wird ein kombinierter Kreuzversuch von 3%iger Blutaufschwemmung des Spenders in 1 ccm physiologischer Na—Cl-Lösung bzw. 1 ccm menschlichen AB-Serum mit Empfängerserum auf dem Objektträger und mit der Röhrenmethode durchgeführt. Tritt keine Agglutination bzw. keine Hämolyse auf, so ist mit einer für irgendein Blutgruppensystem, einschließlich des Rh-Systems, bedingten Unverträglichkeit nicht zu rechnen.

Als Grundstock einer Blutspenderzentrale besitzen wir in unserer Klinik 80 Blutspender aller Gruppen (36 O, 37 A, 6 B, 1 AB). Sie sind genauestens durchuntersucht und es sind bei ihnen in Zusammenarbeit mit dem Hygienischen Institut Untergruppen und Rh-Faktor bestimmt. Dazu kommt die Kontrolle des Blutbildes, insbesondere des Hämoglobingehalts, die vierteljährlich durchzuführenden Kontrollen auf Lues, sowie eine genaue Anamnese über kurz vorangegangene Krankheiten. Selbstverständlich dürfen Personen mit Herzaffektionen, Tuberkulose, Diabetes, Asthma, Malaria, infektiösem Ikterus usw. nicht als Spender in Frage kommen. Am geeignetsten sind Gesunde beiderlei Geschlechts zwischen 20 und 40 Jahren. Jeder Spender ist in einer Kartei mit Blutgruppe und den übrigen Untersuchungsergebnissen, sowie der genauen Adresse und Telefonnummer erfaßt und erhält für sich einen Blutspenderpaß mit Lichtbild, in dem außer der Blutgruppe mit Untergruppen die einzelnen Untersuchungsergebnisse wie Wa-R, Hb-Gehalt, sowie die Menge und das Datum der einzelnen Blutspenden eingetragen werden. So besteht eine doppelte Kontrolle, womit Blutgruppenverwechslungen praktisch ausgeschlossen sind. Bis jetzt hat sich diese Einrichtung gut bewährt, da die meisten Spender telefonisch erreichbar sind, damit also jederzeit Frischblut zur Verfügung steht.

Selbstverständlich erhält jeder Spender eine Vergütung (für 100 ccm 10 DM, für jede weitere 100 ccm 5 DM) und bei den jetzigen Ernährungsverhältnissen eine Lebensmittelzulage.

Die Notwendigkeit der Organisation eines Blutspenderdienstes geht daraus hervor, daß z. B. an unserer Klinik in den letzten drei Jahren 538 Bluttransfusionen mit insgesamt 155,2 Liter Blut durchgeführt wurden. Die Verteilung der einzelnen Gruppen mit 47,8% O, 47,2% A, 4,1% B und 0,9% AB weicht etwas ab von den übrigen, z. B. auch einer amerikanischen Zusammenstellung mit 44% O, 38% A, 14% B und 4% AB. Grundsätzlich soll nur gruppengleiches Blut verwendet werden, die schon früher erhobene Forderung nur Rh-negative Spender zu verwenden, scheint etwas übertrieben und schließt nach Dahr und Wolff auch Transfusionsstörungen nicht unbedingt aus, da nach der neuesten Einteilung in Rh-Untergruppen auch eine Rh-bedingte Unverträglichkeit innerhalb der Rh-positiven Gruppen und der Rh-negativen Gruppen möglich ist. Unter Berücksichtigung der 8 Rh-Untergruppen oder gar 27 verschiedenen Rh-Kombinationen, der A-Untergruppen, der M-, N- und P-Faktoren würden sich 972 verschiedene Blutformeln ergeben, deren genaue Übereinstimmung bei Spender und Empfänger praktisch unmöglich und auch nicht nötig ist. Auch vor Beachtung des Rh-Faktors und der Untergruppen sind an unserer Klinik in dem angegebenen Zeitabschnitt keine ernsthaften Transfusionszwischenfälle, geschweige denn ein letaler Ausgang, vorgekommen. Wir stellen als Forderung auf: Übertragung nur gruppengleiches Blutes, Durchführung der biologischen Probe nach Oehlecker, Bestimmung des Rh-Faktors von Spender und Empfänger besonders bei wiederholten Transfusionen und bei Frauen im geschlechtsreifen Alter, wobei nach Dahr Rh-negative Frauen schon in der Kindheit nur Rh-negatives Blut bei Transfusionen erhalten sollten, um eine Sensibilisierung und ihre Folgen (Hämolytische Fötosen, Fehl- und Totgeburten) zu vermeiden.

Von großem Vorteil wäre auch für uns in Deutschland die Bereitstellung von Mitteln zur Errichtung und Weiterentwicklung von Blut- bzw. Plasmazentralen oder Blutbanken, denn es stellt einen gewaltigen Fortschritt dar, wenn bei größeren chirurgischen Eingriffen bis zu siebenstündiger Dauer die Belastung des Kreislaufs durch geeigneten und rechtzeitigen Blutersatz so reguliert und beeinflußt werden kann, daß Blutdruck und Puls nach der Operation nicht viel von der Beschaffenheit vor der Operation abweichen und der Zustand des Patienten nicht viel anders ist als z. B. nach einer Appendektomie.

Aus der Inneren Abteilung des Städt. Krankenhauses Stuttgart-Bad Cannstatt
 Ärztlicher Direktor: Professor Dr. Beckmann

Therapeutische Erfahrungen mit dem neuen Nürtinger Heilwasser (Nürtinger Heinrichsquelle)

Von Dr. med. Dieter Stroh m, Assistenzarzt

Am 29. März 1949 erhielt die Nürtinger Heinrichsquelle durch das Württ.-Badische Innenministerium die staatliche Anerkennung als Heilquelle. Die Quelle wurde 1931 anlässlich einer Brunnenbohrung auf dem Anwesen der Brauerei Schöll in Nürtingen am Galgenberg entdeckt. Statt des erwarteten Schichtwassers wurde damals ein an Mineralsalzen sehr reiches Wasser gefunden.

1936 wurde die Quelle neuzeitlich gefaßt und chemisch untersucht. Hierbei und bei den folgenden Untersuchungen (1938, 1948 durch das chemische Institut Dr. Hundshagen und Dr. Sieber, Stuttgart) ergab sich, daß es sich bei dem Nürtinger Wasser (N. W.) um ein hochwertiges Mineralwasser handelt. Seiner Zusammensetzung nach ist es ein alkalisch-salinischer Säuerling. In den zwölf zwischen den Untersuchungen liegen-

den Jahren hat sich die Zusammensetzung nicht geändert.

Die Temperatur des Wassers beträgt 15 Grad, die Reaktion ist neutral, das Wasser ist isotonisch, p. h. 7,0, Verdampfungsrückstand 9940,0 mg/kg. Aus der Zusammensetzung ist der hohe Sulfatgehalt bei gleichzeitiger Kochsalzarmut hervorzuheben. In 1 Liter sind 6378 mg Natriumsulfat bei nur 639,4 mg Natriumchlorid enthalten.

Ein Mineralwasser dieser Art ist in Süddeutschland bisher nicht vorhanden (Professor Frank, Technische Hochschule, Stuttgart). Zum Vergleich mit anderen bekannten Glaubersalzquellen sei folgende Tabelle angeführt:

	Geh. in 1000 T. Wasser an		
	Kochsalz	Glaubersalz	Bittersalz
Nürtinger Heinrichsquelle	0,6	6,37	—
Mergentheimer Albertquelle	18,6	7,2	2,8
Mergentheimer Karlsquelle	11,6	3,3	2,6
Marienbader Kreuzbrunnen	1,7	4,9	—
Karlsbader Sprudel	1,04	2,4	—
Karlsbader Mühlbrunnen	1,01	2,37	—
Tarasper Luziusquelle	3,8	2,2	—

Wir sehen, daß das Nürtinger Wasser den Quellen von Karlsbad und Marienbad am nächsten kommt. Bekanntere ausländische Glaubersalzquellen sind: Vichy und Royat, Tarasp, Montecatini.

Wir haben das Nürtinger Wasser seit Juli 1948 an unserer Klinik in Gebrauch und haben es bei ca. 120 Patienten angewandt. Das Nürtinger Wasser, das klar und geruchlos ist und etwas salzig schmeckt, wurde von den Patienten recht gerne genommen und in den meisten Fällen dem in Wasser gelösten Karlsbader Salz vorgezogen. Wir gaben es im allgemeinen in einer Menge von 200—250 ccm angewärmt morgens nüchtern, bei Obstipation abends nochmals dieselbe Menge. Die Indikationen waren folgende: Cholecystopathien, abklingende Hepatitiden, Ulcus ventriculi, Gastritis sowie Obstipation.

Bei Cholecystopathien wandten wir es neben den sonst üblichen Mitteln an. Wir hatten den Eindruck

einer günstigen Beeinflussung der Gallensekretion, subjektiv wurden von den Patienten die appetitanregende und mild abführende Wirkung angenehm empfunden. Den Gallenblasenreflex prüften wir in zwölf Fällen, indem wir Nürtinger Wasser mit der D-Sonde einführten, und konnten damit viermal einen deutlichen Reflex erhalten, in den übrigen acht Fällen war der Erfolg nicht eindeutig.

Bei Gastritiden mit hyperaciden Säurewerten und Magenulcera sahen wir ebenfalls eine günstige Beeinflussung, vor allem wurden Übelkeit und Brechreiz rasch gebessert. Bei kurvenmäßiger Darstellung der Säurewerte zeigte sich in den meisten Fällen eine deutliche Senkung. Doch auch bei normaciden Gastritiden fand sich eine deutliche Besserung.

Bei leichteren Fällen chronischer Obstipation zeigte sich eine mild abführende Wirkung, vor allem bei Kranken, bei denen Karlsbader Salz zu durchfälligen Stühlen führte. Auch bei obstipierten Herzkranken gelang es mit Nürtinger Wasser leicht, den Stuhlgang zu regulieren. Ebenso wirkt es bei Colitis und Proktitis günstig. Im ganzen gesehen ist jedoch die abführende Wirkung geringer als bei dem Karlsbader Salz.

Infolge seines geringen Kochsalzgehaltes eignet sich das Nürtinger Wasser möglicherweise auch zur Behandlung chronischer Infekte der ableitenden Harnwege im Sinne einer Durchspülungstherapie.

Zusammenfassend können wir sagen, daß die Indikationen des Nürtinger Wassers denen des Karlsbader Sprudels und der Mergentheimer Quellen entsprechen. Es kann bei Erkrankung der Gallenwege, der Gallenblase, abklingenden Leberentzündungen, bei Magengeschwüren und Magenschleimhautentzündungen, sowie bei nicht allzuschweren Fällen von chronischer Verstopfung mit gutem Erfolg angewandt werden.

Da die Quellen von Karlsbad und Marienbad in absehbarer Zeit für uns unerreichbar sind und die Einfuhr ausländischer Mineralwässer mit hohen Devisenausgaben verbunden ist, ist es um so erfreulicher, daß in unserer engeren Heimat eine hochwertige Quelle mit einer ähnlichen Indikationsbreite und Wirkung gefunden wurde.

Gesundung nur durch Neugestaltung¹

Von Dr. med. A. Kreidler, Ludwigsburg

Es ist erfreulich, daß aus der Vielzahl der Erörterungen über die Reform der Sozialversicherung endlich die Stimmen vorwiegen, die für eine grundsätzliche Neugestaltung plädieren. So habe ich die Aufsätze von Herrn Dr. Oeter und den jüngst erschienenen von Dr. Rudolf Lex, Neckarsulm, die beide gute Gedanken enthalten, mit größtem Interesse gelesen. Bereits vor drei Jahren hatte ich darum gebeten, anlässlich der großen Protestversammlung in Stuttgart meine eigenen Gedanken zur Reform der Sozialversicherung vorzutragen zu dürfen. Leider war es damals aus Zeitmangel nicht möglich, die Gedanken der großen Versammlung vorzutragen, und der Presse schien das Thema zu heikel, als daß es zur Veröffentlichung hätte kommen können. Man scheute sich wohl vor der starken Reaktion in den Kreisen der maßgebenden Stellen der Sozialversicherung.

Wir alle sind uns darüber im klaren, daß die derzeitige Sozialversicherung schwerste Mängel aufweist, die vorwiegend zum Nachteil jener Versicherten sich auswirken, die als anständige Arbeiter und Arbeiterinnen ein Leben lang erheblich hohe Beiträge zu leisten haben, von denen sie sehr oft nie mehr eine Rückvergütung erwarten dürfen. Die Nachteile für die Tätigkeit der Ärzte selbst sind ebenfalls zur Genüge umrissen worden und stellen für mich mit dem Hauptproblem der ganzen Angelegenheit dar. Hierbei steht für mich weniger das rein Verdienstmäßige im Vordergrund, als die aus den Verhältnissen resultierenden Zustände in der Erkennung und Behandlung von Krankheiten. Es ist selbst dem bestausgebildeten Arzt oft einfach un-

¹ Mit diesem Aufsatz möchten wir das Kapitel „Zwangsparkasse“ zum Abschluß bringen. Schriftleitung.

möglich, die vorgetäuschten Krankheiten von tatsächlich bestehenden Erkrankungen oder vorhandenen nervösen Beschwerden zu trennen.

Wenn nun die Ärzteschaft in ihrer überwiegenden Mehrheit diesen Standpunkt einnimmt, so scheint es mir an der Zeit, den Versuch zu machen, daß das Ubel durch wirklich radikale Maßnahmen beseitigt wird. Die Sozialversicherung in ihrer jetzigen Form hat sich überlebt, und ich behaupte sogar, daß sie weder den demokratischen Grundsätzen gerecht wird, noch ihren eigentlichen Zweck zu erfüllen vermag.

Das Problem kann nur richtig gelöst werden, wenn an Stelle der seitherigen Pflichtkrankenkassen Pflichtsparkassen der Länder bzw. des Reiches treten. Bei diesen Pflichtsparkassen hätte jeder Versicherungsnehmer sein eigenes Konto, und die Beiträge würden sowohl vom Arbeitnehmer als vom Arbeitgeber wie bisher dort einbezahlt. Alle Versicherten gehen grundsätzlich als Privatkranken zum Arzt und werden dort nach den Sätzen einer Gebührenordnung behandelt, die jenen der Preugo anzugleichen wären. Die Kosten für ärztliche Behandlung und Medikamente werden vom Kranken selbst bezahlt, und dieser erhält hierfür jeweils einen Beleg. Mit diesem Beleg ist der Kranke, sofern er es wünscht, berechtigt, von seinem Konto das ausgegebene Geld abzuheben. Ist ein Kranker arbeitsunfähig, so erhält er vom Arzt ein kurzes Attest über die Dauer der Erkrankung, was ihn dazu berechtigt, etwa in Höhe der seitherigen Krankengeldbezüge von seinem Konto Geld abzuheben. Es dürfte so möglich sein, daß jeder Versicherte in der Lage wäre, die Kosten für sich und seine Familienangehörigen für leichte und mittelschwere, nicht allzulange dauernde Erkrankungen selbst zu bestreiten.

Und nun komme ich zum Kernproblem des Sparkasengedankens. Man wird mich sofort fragen, was denn geschehen soll, wenn ein Versicherter oder eines seiner Angehörigen länger erkrankt, der Krankenhausbehandlung oder sogar einer Operation bedarf. Es ist klar, daß hier die Mittel des eigenen Kontos nicht ausreichen würden und so der Fall eintreten würde, daß der Versicherte mittellos dastände. Wenn schon der Versicherte seine seither geleisteten Beiträge als sein eigenes Geld angelegt bekommt, so muß er zugunsten der Allgemeinheit hiervon einen Betrag von ca. 10—15% auf ein Sonderkonto abführen, welches den Fond für solche schweren und kostspieligen Erkrankungen bildet. Außerdem müßten die Kosten für Verwaltung aus diesem Sonderfond bestritten werden. Die 10—15% des Sonderfonds würden ein wirkliches, soziales Hilfswerk in des Wortes wahrster Bedeutung darstellen und dort einspringen, wo die eigenen Kontomittel nicht ausreichen.

Beim heutigen Stand der Sozialversicherung dagegen erhält der Versicherungsnehmer in den Fällen, wo er selbst die Kasse nicht beansprucht, nie mehr einen Pfennig von seinen sauer verdienten Groschen zurück-erstattet. Es ist nur zu bekannt, daß gerade aus dieser Tatsache die Versicherten bei der OKK ein gewisses Recht ableiten, auch ohne tatsächlich krank zu sein, „krankfeiern“ zu dürfen, um auch einmal etwas von ihren längst bezahlten Beiträgen wieder zu bekommen. Gerade hierin liegt eine große Gefahr, und wir haben es oft erlebt, daß selbst die anständigen Arbeiter, wenn sie sehen, wie viele ihrer Kollegen die Kasse ungegerechtfertigterweise in Anspruch nehmen, auch dazu verleitet werden, vom Arzt einen Krankmeldeschein zu verlangen.

Alle diese Mißstände und die vielen anderen, die nochmals aufzuzählen überflüssig ist, da sie nur allzu bekannt sind, müssen von Grund auf beseitigt werden. Dies ist aber nur dann möglich, wenn der Versicherte weiß, es geht um sein eigenes Geld, das er zu sparen im Begriff ist und das sein Eigentum bleibt.

Es ist klar, daß für die Zeit von ein bis zwei Jahren, also für den Übergang, ein Kredit des jeweiligen Landes oder des Bundesstaates notwendig wäre, denn zunächst wären alle Konten und auch der Sonderfond nur klein.

Zum Schluß soll bei dem Gedanken der Pflichtsparkasse nicht vergessen werden, daß er das seit Jahren diskutierte Problem der Altersversorgung des Arbeiters in einer recht günstigen Weise zu lösen vermag. Zweifellos hätte der größere Teil der Arbeiter am Tage der Invalidierung soviel Geld auf der Sparkasse, daß der Betrag neben der Invalidenrente für die Jahre des Alters oder zur Versorgung von Angehörigen eine sehr gute Hilfe bedeuten würde.

Ich bin mir darüber im klaren, daß der von mir vorgeschlagene Plan einen sehr radikalen Schnitt bedeutet. Mit Teilmaßnahmen wird der jetzige Zustand nur verlängert, niemals aber grundlegend geändert.

Die breite Masse der arbeitenden Bevölkerung hat einen berechtigten Anspruch darauf, daß ihr selbst verdientes Geld auch ihnen gehört und nicht wie bisher zu einem großen Teil von asozialen Elementen verbraucht wird.

Wir Ärzte betrachten es als unsere Aufgabe, unser Möglichstes in der Erkennung und Behandlung von Krankheiten und Gebrechen zu tun. Wir sehen unsere Aufgabe jedoch nicht darin, unsere Zeit und Arbeitskraft damit zu vergeuden, daß wir uns den Kopf zerbrechen, ob das, was man uns vorträgt, vorgetäuscht oder echt ist. Wir wollen Kranken und Hilfesuchenden stets unsere ganze Kraft und unser Können zur Verfügung stellen.

Die drei ärztlichen Berufsorganisationen und ihre Bedeutung für die Ärzteschaft

Von Dr. med. Hans Neuffer

(Aus einem Referat, das auf der 1. konstituierenden Delegiertenversammlung der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. gehalten wurde)

Die Neugründung des Hartmannbundes macht es nötig, die Aufgaben der verschiedenen ärztlichen Organi-

sationen in einigen kurzen Strichen zu zeichnen und gegeneinander abzugrenzen.

Auf den Ärztetagen in Eisenach im Jahre 1926 und in Köln im Jahre 1931 war der Wunsch nach einer Reichsärztekammer mit Untergliederungen in den einzelnen Ländern besprochen worden. Die Eingabe der Ärzteschaft an die damalige Reichsregierung wurde aber zunächst nicht bearbeitet. Erst die nationalsozialistische Regierung nahm sich dieser Aufgabe an und schuf im Jahre 1935 die Reichsärzteordnung, die im 2. Abschnitt die Kammerorganisation regelt. Leider bekam sie ein nazistisches Gepräge durch das Führerprinzip und andere Ideen dieses Systems. In ihrem Grund und Wesen aber entsprach die Reichsärzteordnung den Wünschen der Ärzte, wie sie im Jahre 1932 der Reichsregierung gegenüber zum Vorschlag gebracht worden war. Beim Zusammenbruch im Jahre 1945 ist die Reichsärzteordnung nicht außer Kraft gesetzt worden. Sie bildete deshalb für die neu entstandenen vorläufigen Ärzteorganisationen die Grundlage. Erst im Frühjahr 1949 mußte die Ärztekammer aus einer Körperschaft öffentlichen Rechts in eine freiwillige Organisation umgewandelt werden.

I.

Die Ärztekammer erkennt ihre erste Aufgabe darin, das **ärztliche Ethos** in der Ärzteschaft aufrecht zu erhalten. Ohne das ärztliche Ethos, wie es in der Berufsordnung niedergelegt ist, kann der Arztstand seine wichtige Aufgabe im Volk nicht erfüllen. Es erscheint notwendig, darauf aufmerksam zu machen, daß die Berufsordnung von der Amerikanischen Militärregierung nicht aufgehoben worden ist. Der 1. Abschnitt der Reichsärzteordnung vom 13. Dezember 1935 und damit die Berufsordnung ist noch in Kraft. Es ist falsch, wenn immer wieder gesagt wird, man könne von der ärztlichen Ethik nicht leben. Freilich ist die heutige ärztliche Entlohnung unzureichend. Eine Besserung dieser Verhältnisse ist aber nicht nur eine wirtschaftliche, sondern vor allem eine sittliche Forderung. Gerade in wirtschaftlich schlechten Zeiten muß das ärztliche Ethos uns besonders deutlich vor Augen stehen, damit wir nicht absinken. Das ärztliche Ethos ist wie das Seil, das bei einem Sturm auf dem Deck des Schiffes gespannt wird, um zu verhindern, daß die Mannschaft von den Wellen der See über Bord gespült wird.

Die zweite Aufgabe der Ärztekammer ist es, dafür zu sorgen, daß die Ärzteschaft **wissenschaftlich** auf der Höhe bleibt. Der Arzt muß sich über die neueren wissenschaftlichen Ergebnisse auf dem Laufenden halten. Deshalb ist die ärztliche Fortbildung unerlässlich. Die Ärztekammer bemüht sich, durch Fortbildungslehrgänge dieses Ziel zu erreichen. Es ist eine innere Verpflichtung jedes Arztes, an dieser Fortbildung teilzunehmen und dadurch seine ärztlichen Kenntnisse auf den neuesten Stand zu bringen. Nur auf diese Weise kann der Arztstand das Vertrauen und die Achtung erwarten, die er zu seinem ärztlichen Wirken an den Kranken braucht.

Die dritte Aufgabe der Ärztekammer besteht in der **sozialen Fürsorge für die alten und kranken Ärzte und ihre Hinterbliebenen**. In der heutigen wirtschaftlich schweren Zeit, wo ältere Ärzte zweimal in ihrem Leben durch Inflation und Währungsreform um ihre Ersparnisse und damit um den Erfolg ihrer mühsamen Berufsarbeit gekommen sind, ist diese Tätigkeit besonders wichtig. In allen Kammern der Westzonen wird deshalb teilweise fast leidenschaftlich darüber beraten, auf welche Weise

man dieser großen Not steuern und den Lebensabend des Arztes einigermaßen erträglich machen könnte. Es muß zur Ehre des Arztstandes gesagt werden, daß die Ärzte die Beantwortung dieser Frage immer besonders ernst genommen und es als eine Ehrenpflicht angesehen haben, Versorgungs- und Fürsorgeeinrichtungen für Alter und Invalidität zu schaffen. Der diesjährige 52. Deutsche Ärztetag in Hannover wird sich mit dieser Frage besonders beschäftigen.

Die Organisation der **Ärztekammer** ist deshalb nicht zu entbehren, da die genannten drei Hauptaufgaben immer wieder neu von ihr gelöst werden müssen.

II.

Als zweite Berufsorganisation haben wir seit 1931 die **Kassenärztliche Vereinigung**. Sie ist das Ergebnis eines Friedensschlusses zwischen Ärzten und Krankenkassen nach einem langjährigen Kampf um die Honorierung. Sie bedeutet zugleich auch die gesetzlich geregelte ärztliche Selbstverwaltung in der Sozialversicherung. Diese Freiheit kann als eine wichtige Grundlage ärztlichen Handelns nicht hoch genug geachtet werden. Daß die bestehenden gesetzlichen Grundlagen und Verträge einer Revision und teilweise einer grundlegenden Neuordnung bedürfen, ist nach einer bald 20jährigen Dauer offenkundig und selbstverständlich. Die Kassenärztliche Vereinigung hat die sehr undankbare Aufgabe, aus einer im Laufe der Jahre viel zu klein gewordenen pauschalierten Honorarsumme eine größere Zahl von Ärzten als früher zu speisen. Aus diesem Grund müssen die für jeden unangenehmen Abstriche gemacht und die nötigen Kontrollen durchgeführt werden. Das ist für die Dauer ein unhaltbarer Zustand und muß anders werden. Wer aber die Schuld dafür der Kassenärztlichen Vereinigung in die Schuhe schiebt und in der heutigen brennenden Situation gar daran geht, die gesetzlichen Unterlagen der Kassenärztlichen Vereinigung abschaffen zu wollen, ohne dafür neue und bessere geschaffen zu haben, tut der Ärzteschaft einen schlechten Dienst und bringt sie wieder in die Abhängigkeit von den Kassen.

III.

Um nun eine Änderung der Verhältnisse zu erreichen, brauchen wir eine dritte Organisation, den neu gegründeten sogenannten **Hartmannbund**. Der Hartmannbund ist eine völlig freie und freiwillige Vereinigung, zu der alle Gruppen von Ärzten stoßen können (Kassenärzte, Knapenschaftsärzte, nicht zugelassene Ärzte, Krankenhausärzte, beamtete Ärzte, Universitätsprofessoren usw.). Er ist durch keinerlei staatliche Aufsicht noch gesetzliche Bindungen eingeeignet. Seine Aufgabe wird es deshalb sein, sich aller ärztlichen Fragen anzunehmen, sich für eine Reform der Krankenversicherung einzusetzen und mit allen zu Gebote stehenden Mitteln die heutige Lage der Ärzteschaft zu bessern. Er wird sich dazu der Presse und des Rundfunks und jeder anderen Art von Aufklärung bedienen und auch an die Parlamente gehen müssen, um die Öffentlichkeit davon zu überzeugen, wie wichtig es für die Gesamtheit ist, einen guten und wirtschaftlich ausreichend gesicherten Arztstand zu haben. Nur dann kann dieser die öffentliche Aufgabe des Gesundheitsdienstes an allen Gliedern des Volkes erfüllen. Jeder Arzt also, dem die ärztliche Aufgabe und das Wohl der gesamten Ärzteschaft am Herzen liegt, muß es deshalb als seine Pflicht ansehen, die

Arbeit des Hartmannbundes auf jede Weise zu fördern, vor allem auch mit Geld, ohne das die großen Aufgaben des Hartmannbundes nicht gelöst werden können. Das Haus, in dem die deutsche Ärzteschaft sitzt, brennt an allen Ecken. Es wäre ein Zeichen großer Kurzsichtigkeit, wenn die Ärzteschaft nicht alle Mittel aufwenden würde, um die Feuerwehr zu unterstützen, die den Brand löschen will.

Alle drei Organisationen, Kammer, Kassenärztliche Vereinigung und Hartmannbund sind völlig unpolitisch im Sinne einer Parteipolitik. Sie haben alle nur das eine

Ziel, dem Arzt in der Erfüllung seiner Berufsaufgaben zu dienen und würdigere Verhältnisse zu schaffen, als wir sie heute haben. Die drei Organisationen dürfen nicht der Gefahr unterliegen, gegeneinander zu arbeiten, sondern müssen eng zusammenstehen und sich gegenseitig ergänzen. Nur auf diese Weise kann erreicht werden, daß aus dem unseligen Zusammenbruch wieder eine Ärzteschaft sich emporhebt, die in sittlicher Kraft, wissenschaftlicher Bildung, sozialem Verständnis und innerer und äußerer Freiheit den Samariterdienst an unserm kranken Volke ausübt.

Konstituierende Versammlung des Hartmannbundes Württemberg

Im vollbesetzten Hörsaal der Universitäts-Frauenklinik Tübingen fand am 30. Juli 1949 die konstituierende Versammlung des Hartmannbundes für das Land Württemberg statt, zu welcher die Delegierten aus allen Teilen des Landes erschienen waren. — Dr. **Dobler** eröffnete die Tagung und begrüßte neben Vertretern der Universität den Ehrenpräsidenten der Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern Dr. Langbein sowie den stellv. Präsidenten der Ärztekammer Nord-Württemberg. Er betonte die Notwendigkeit, den 1934 vom Dritten Reich aufgelösten Hartmannbund als alle deutschen Ärzte umfassenden Verband wieder aufzurichten, da die Ärztekammern neben ihren standesethischen Aufgaben, den Fragen der Berufsordnung, der Berufsgerichtsbarkeit und Fürsorge für notleidende Berufsangehörige sich nicht mit den wirtschaftlichen Belangen der Ärzteschaft beschäftigen können, die Kassenärztlichen Vereinigungen aber nur einen Teil der Ärzte umfassen und durch ihre vertraglichen Bindungen mit den Trägern der Sozialversicherung in Gefahr kommen, eine Interessengemeinschaft zugelassener Kassenärzte zu werden und sich nicht mehr genügend um die Zukunft der jungen Kollegen kümmern können. Wenn es auch im Wesen jedes freien Berufes liege, daß er seinen Angehörigen das Risiko wirtschaftlicher Unsicherheit auflade, so sei es doch auf die Dauer ein untragbarer Zustand, wenn viele, aus ihrer Kassenpraxis vertriebene Ärzte und eine große Anzahl gut ausgebildeter, aus Krieg und Gefangenschaft heimkehrender Kollegen bei den heutigen Vertragsverhältnissen keine Aussicht haben, in absehbarer Zeit eine eigene Existenz zu gründen.

Der Hartmannbund werde nicht gegen die Ärztekammern und die Kassenärztlichen Vereinigungen gerichtet sein, sondern deren Bestrebungen als alle Ärzte umfassenden Verband unterstützen und ergänzen.

Die tiefgreifenden Veränderungen, welche sich in der ärztlichen Versorgung der Sozialversicherten seit dem Abschluß des Berliner Abkommens entwickelt haben und die Kassenärzte ebenso hart belasten wie die auf Zulassung wartenden Ärzte, machen eine grundlegende Reform der Sozialversicherung auf dem Gebiet der Krankenversorgung notwendig. Hier maßgebend und konstruktiv mitzuwirken sei eine der wichtigsten Aufgaben des Hartmannbundes, die er als politisch unabhängige, alle Ärzte umfassende Organisation mit freiwilliger Mitgliedschaft in Angriff nehmen werde in verantwortungsvoller Zusammenarbeit mit den Gewerkschaften, den Parteien und den Trägern der Sozialversicherung. Hierbei sei die Entwicklung der sozialhygienischen und gesundheitspolitischen Lage der benachbarten europäischen Länder zu prüfen, ihre Erfahrung zu verwerten.

Das Recht des Kranken in der Wahl seines Arztes kompromißlos zu verteidigen und das Recht des Arztes, das Geheimnis seines Wirkens: sein persönliches Verhältnis zum Kranken ungestört zu erhalten, sei, wie einst, das Ziel des Hartmannbundes. Die ärztliche Schweigepflicht auch den Trägern der Versicherung gegenüber wiederherzustellen, sei eine Forderung des Weltbundes der Ärzte, die in der französischen Sozialversicherung schon durchgeführt sei und auch vom Hartmannbund erstrebt werde. Sein wirtschaftliches Ziel sei: eine gerechte und angemessene Entlohnung für die verantwortungsvolle und mühevollere Arbeit des Arztes zu erringen, wie sie durch das Grundgesetz jedem

andern Bürger zugesichert sei. Es liege aber auch im Interesse der Erhaltung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit unseres Volkes, daß der Arzt mit den Kenntnissen und Hilfsmitteln der modernen Diagnostik und Therapie Schritt halten könne.

Rings um uns her rüsten die Völker. Wenn wir einen kleinen Teil der Mittel, die unsere Nachbarn für den Etat ihrer Kriegsministerien aufbringen, einem Gesundheitsministerium zur Verfügung stellen könnten, würden wir nicht nur eine vorbildliche ärztliche Versorgung, sondern auch eine vorausschauende, fürsorgende Gesundheitspflege treiben können, unendliches Leid, Schmerzen und Elend lindern und Leben erhalten. Hierfür soll der Hartmannbund kämpfen, hierfür die Parteien und die Bundesregierung gewinnen. Einigkeit und Geschlossenheit sei seine einzige, aber starke Waffe im Kampf um die Berufsfreiheit unseres Standes, um die Gesundheit und Zukunft unseres Volkes.

Anschließend sprach Prof. **Gottron** über die Probleme des ärztlichen Nachwuchses, seiner Auslese und Ausbildung. Eine, auch vom Hartmannbund geforderte straffe Drosselung des Zugangs zum Medizinstudium sei durch verantwortungsbewußte Auslese anzustreben. Nur Leistungssteigerung könne dem deutschen Arztstand seine alte, einstmals in der ganzen Welt anerkannte Bedeutung wiederschaffen.

Für den Marburger Bund bekannte sich Dr. **Zander** voll und ganz zu den Zielen des Hartmannbundes. Er wies darauf hin, daß heute jedem jungen Arzt das große Risiko seiner Berufswahl voll bewußt sei. Die jungen Kollegen seien aber auch gewillt, allen Schwierigkeiten zum Trotz sich die Arbeits- und Existenzmöglichkeit zu schaffen, auf welche sie durch ihre lange und oft entbehrungsreiche Ausbildung ein Anrecht haben.

Dr. **Schmieder** sprach über die kassenärztliche Situation und legte überzeugend dar, daß der wirtschaftliche Niedergang der Kassenärzte, die durch überalterte und untragbare Verträge größtenteils trotz fleißiger und mühevoller Arbeit nicht mehr ihr Existenzminimum verdienen, die ärztliche Versorgung der versicherten Bevölkerung selbst gefährde. Dr. **Findeisen** führte an Hand umfangreicher Statistiken ergänzend aus, daß die ärztliche Leistung bei der heutigen Art der Kassenhonorierung nur noch mit einem Bruchteil des Geldwertes bezahlt werde, welcher beim vertraglichen Abschluß 1932 zugrunde gelegt war.

Die Versammlung nahm eine Reihe von Entschlüssen an, in welchen die sofortige Drosselung des Medizinstudiums, die Errichtung eines Gesundheitsministeriums, der Erlaß der Kfz-Steuer für praktizierende Ärzte und eine maßgebliche Beteiligung der Ärzteschaft bei der Reform der Sozialversicherung gefordert wird.

Ein vorläufiges Organisations-Statut wurde einstimmig gutgeheißen. Zum 1. Vorsitzenden des Landesverbandes Württemberg wurde Dr. **Dobler**, Tübingen, gewählt, als Stellvertreter Dr. **Schmieder**, Kirchheim/T., zum Schriftführer Dr. **Zander**, Tübingen. Acht weitere Ärzte wurden in den Vorstand zugewählt.

Eine sehr angeregte und fruchtbare Aussprache zog sich bis in die Abendstunden hin und klärte eine Reihe wichtiger Fragen auf standespolitischem Gebiet. Der engere Vorstand wurde beauftragt, beim 52. Ärztag in Hannover die Entschlüsse der württ. Ärzteschaft vorzulegen und zu vertreten.

—er

BUCHBESPRECHUNGEN

Prof. Kurt Boshamer, Wuppertal-Barmen: „Postoperative Behandlung chirurgisch Kranker durch den praktischen Arzt“, 1948, Wissenschaftl. Verlagsgesellschaft m. b. H., Stuttgart, 130 Seiten, Preis DM 6.—.

Das Buch von Boshamer, ein Auszug aus einer Vorlesungsreihe, die der Verfasser in der Chirurgischen Klinik der Universität Münster in Westfalen hielt, geht den praktischen Arzt an. Es hat die nicht zu unterschätzende Aufgabe übernommen, dem Nachbehandelnden Richtlinien für sein weiteres Vorgehen und seine Verordnungen nach der Operation zu geben. Mit diesem Leitfaden in der Hand kann der Praktiker die Gewißheit haben, daß er mit seinen Mitteln den ihm anvertrauten Krankheitsfall zu einem guten Ende führen und somit seinen oft ausschlaggebenden Beitrag zum Erfolg leisten kann.

Von der Hirngeschwulst bis zum eingewachsenen Nagel finden wir in prägnanter Kürze und doch erschöpfend dargestellt alles, was wir über die Nachbehandlung nach der Operation wissen müssen. Trotz dieser Fülle ist der Stoff so übersichtlich angeordnet und das Buch so handlich, daß es bequem auch während der Sprechstunde zu Rate gezogen werden kann und somit immer griffbereit auf dem Schreibtisch der Kollegen liegen sollte.

Dr. Schröder

Prof. Dr. Ferdinand B e r t r a m, Chefarzt der II. medizinischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses St. Georg, Hamburg: „ABC für Zuckerkranken. Ein Ratgeber für den Kranken.“ 3. Auflage. Mit 4 Abbildungen und 12 Tabellen. 60 S., DM 1.80. 1947. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Das ABC für Zuckerkranken ist während des Krieges in der 1. u. 2. Auflage erschienen. Beide Auflagen waren sehr rasch vergriffen, da diese Monographie nicht nur dem Zuckerkranken die notwendigen Kenntnisse über diese Stoffwechselerkrankung in sehr klarer und einprägsamer Form vermittelt, sondern auch für die Studenten und Praktiker eine sehr wertvolle Grundlage besonders für die Praxis darstellt.

Diesem Büchlein liegt eine übersichtliche Gliederung des ganzen bearbeiteten Stoffes zugrunde. Im 1. Abschnitt mit mehreren äußerst instruktiven Tabellen wird die ganze Ernährungsbehandlung besprochen. Das Wesentliche über die Insulinbehandlung wird vom Verfasser im 2. Abschnitt ebenfalls in allgemein verständlicher Form dargestellt und im 3. Abschnitt wird die Wichtigkeit der Muskularbeit in therapeutischer Hinsicht hervorgehoben und bedeutsame Lebensregeln für Zuckerkranken zusammengestellt. Den sehr großen Nachkriegsschwierigkeiten, die sich in der Beratung und Behandlung gerade der Zuckerkranken ergeben, trägt der Verfasser in der vorliegenden neuen Auflage Rechnung durch zwei Kapitel über die Ernährungs- und Insulinbehandlung in Notzeiten.

Dem anerkannten Diabeteskenner muß für die Neubearbeitung des „ABC für Zuckerkranken“ besonderer Dank ausgesprochen werden.

Dr. H. Speth

Dr. med. Werner K e m p e r: „Die Seelenheilkunde in unserer Zeit“, Verlag Ernst Klett, Stuttgart 1947, 95 Seiten, DM 3.—.

Die Schrift unterrichtet über den gegenwärtigen Stand der Psychotherapie, über ihre Möglichkeiten und ihren Aufgabenkreis. Sie wendet sich dabei noch über die Ärzteschaft hinaus an die Vertreter derjenigen Fachgebiete, welche die Behandlung seelenkundlicher Fragen notwendig einschließen. Angesichts der zeitbedingten Überfülle an komplexen neurotischen Erkrankungsbildern sieht der Verf. die Aufgaben seiner Disziplin in ärztlich individueller wie sozialer, in erzieherischer, seelsorgerischer, kulturpolitischer und wissenschaftlicher Richtung erstreckt. Die Sonderstellung seines Faches bedingt in der Tat nach der medizinischen wie nach der geisteswissenschaftlichen Seite hin eine doppelte Verpflichtung, als deren führender Anwalt in unserem engeren süddeutschen Bereich von Weizsäcker gelten darf.

In der Bemühung, die lebendige Fortentwicklung und fruchtbare Vertiefung der von Freud und seinen Schülern gewonnenen Kenntnisse und inaugurierten therapeutischen Verfahren bis zur Jetztzeit darzulegen, bringt Kemper in knapper Fassung und mit geglückten Formulierungen die wichtigsten heutigen Einsichten in den stufenweisen Werdegang des Seelischen und in seine Störungsmöglichkeiten, im Sinne einer propädeutischen Neurosenlehre. Mit seinem Nachweis der tragenden Hintergründe der neurotischen Symptomatik und mit prägnanten Beispielen ruft er alle Beteiligten schließlich auf, mehr und Wirksameres als bisher zu tun, um sowohl die Entstehung von seelischen Fehlentwicklungen in ihren Anfängen zu verhüten (durch eine Erziehung, welche allgemein die neuen tiefenpsychologischen Erfahrungen praktisch verwertet), als auch durch Erweiterung und Vervielfachung der Mittel und Wege zur Behandlung neurotisch Anrühriger und Erkrankter. Dieser Appell enthält zugleich eine ernste Mahnung an die Sozialversicherung zu einer weitsichtigen Einbeziehung der Psychotherapie in das System ihrer Leistungen, um ihren Versicherten viel seelisch-körperliches Leid und sich selbst als Institution gewaltige Kosten zu ersparen. Denn die frühzeitige Erfassung und richtige Lenkung somatischer und charakterlicher Neurosen wäre in der Lage, in den Trägern solcher Störungen die zurückgedrängten produktiven Fähigkeiten freizumachen, verschüttete Qualitäten zu heben und so ihre Gesamtpersönlichkeit zur eigentlichen Entfaltung und Leistung zu bringen.

Dr. Gollner

Vitols, Theodor: „Pathologisch-Anatomische Veränderungen im Gehirn der Kaninchen und weißen Ratten nach Avertinvergiftung“. 1947, Wissenschaftl. Verlagsgesellschaft Stuttgart, 40 S., DM 3.—.

Die geweblichen Veränderungen im Gehirn von Kaninchen und weißen Ratten nach Avertinvergiftung entsprechen andersartigen toxischen Schädigungen. Außer Kreislaufstörungen (Ödem, Hyperämie, Blutungen) finden sich regressive und progressive Vorgänge der Neuroglia, sowie der Gefäßendothelien. Die Ganglienzellen sind größtenteils nur leicht verändert, seltener stärker degeneriert. Bei menschlichen Avertinnarkosetodesfällen bestanden ähnliche Erscheinungen.

Prof. Dr. A. Dietrich

Bekanntmachungen

52. Deutscher Arztetag

Der 52. Deutsche Arztetag findet vom 1. bis 3. September 1949 in Hannover statt.

Während des von der Arbeitsgemeinschaft Westdeutscher Ärztekammern veranstalteten Deutschen Arztetages werden Parallel-Veranstaltungen der Kassenärztlichen Vereinigungen Deutschlands, des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) und der Vereinigungen der angestellten Ärzte Deutschlands (Marburger Bund) abgehalten.

In einer neben dem Tagungsort liegenden modernen Ausstellungshalle mit einer Bodenfläche von ca. 3000 qm wird vom 1. bis 6. September 1949 eine

Medizinische Fachausstellung

durchgeführt, an der führende Firmen der chemisch-pharma-

zeutischen Industrie des medizinischen Geräte- und Apparatebaues einschließlich Elektromedizin und des medizinischen Buchhandels teilnehmen werden.

Ausstellungsbedingungen und Auskunft über die Medizinische Fachausstellung erteilt die Ausstellungsleitung der MEFA, Hannover, Hildesheimer Str. 29 — Fernruf: 82 523, 81 957, 81 983.

Kursus der deutschen Ärzteschaft über Ganzheitsmedizin in Berchtesgaden

Vom 5. bis 17. September 1949 findet in Berchtesgaden der bereits angekündigte Kursus über Ganzheitsmedizin statt. Unter den Vortragenden befinden sich die Herren Prof. Jores, Hamburg, Prof. Schröder, Aachen, Prof. Grote,

Wetzlar, Prof. Kollath, Hannover, Prof. Stiegele, Stuttgart, Prof. Mall, Tübingen, Prof. Zabel, Berchtesgaden, Dr. Franklin Bircher-Rey, Zürich, Dr. Schlütz, Bremen, Dr. Hoff, Wörishofen, Dr. Oelemann, Bad Nauheim u. a. Themen: Neuere Ergebnisse auf dem Gebiet der inneren Sekretion mit besonderer Berücksichtigung therapeutischer Möglichkeiten, praktisch wichtige Ergebnisse der neuen Vitaminforschung, diätetische Behandlung der Kreislaufinsuffizienz, gesteuertes Fieber, Behandlungsmethoden der Humoralpathologie, das Wesen der Homöopathie, Homöopathie des Alltags, Technik und Indikation des Heilfastens, Psychotherapie, Behandlung des Kopfschmerzes, der Erkrankungen des Magen-Darm-Kanals mit hom. Mitteln, die Kneippische Behandlung in der täglichen Praxis, Mesotrophie, Erfahrungen über Diätetik nach Bircher Benner usw. Außerdem praktische Vorführungen der Kneippischen Anwendungen, der Massage des Unterhautzellgewebes durch Bundeslehrer Wolf und Frau Dicke usw. Zu allen Vorträgen finden in besonderen Stunden Diskussionen statt. Kursgebühr für 14 Tage 60 DM, 6 Tage 30 DM und Tageskarte 5 DM. Bei nicht niedergelassenen Ärzten Ermäßigung oder Erlaß. Auf Teilnehmerkarte wesentlich ermäßigte Bahnfahrt. Unterbringung nach Wunsch auch in billigen Quartieren. Einzel- oder Gemeinschafts- oder vegetarische Verpflegung. Auskunft erteilt Sekretariat des Kurses in Klinik Prof. Zabel, Berchtesgaden (Tel. 23 13).

Fortbildungstag in den Zentralkliniken Göppingen

Am 17. September 1949 findet im Arztheus der Zentralkliniken Göppingen ein Fortbildungstag statt. Beginn 9 Uhr, Ende gegen 17 Uhr.

Vorläufiges Programm:

Prof. Marquardt, Freiburg i. Br.: „Die Schädigung des Zellkerns durch physikalische und chemische Agenzien.“

Prof. Butenandt, Tübingen: „Biochemische Untersuchungen zum Krebsproblem.“

Prof. Büchner, Freiburg i. Br.: „Die Ursachen der Herzinsuffizienz nach Hypertrophie des Herzmuskels.“

Prof. Deist, Göppingen: „Tuberkulose als Berufserkrankung.“

Prof. Kalk, Göppingen: „Neue Gesichtspunkte zur Einteilung der Leberkrankheiten.“

Prof. Bender, Freiburg i. Br.: Parapsychologisches Thema. Für ein Mittagessen ist gesorgt.

Prof. Dennig,

Vorsitzender des Ausschusses für ärztl. Fortbildung der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V.

Dr. Winker,
Chefarzt der Zentralkliniken der LVA.

ARZTEKAMMER NORD-WÜRTTEMBERG E. V. KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG LANDESSTELLE WÜRTTEMBERG (US-ZONE)

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

Bericht über die 1. (konstituierende) Delegierten-Versammlung der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. am 23. Juli 1949

Eröffnung durch Dr. Neuffer als Leiter des Landesausschusses. Der neuen Ärztekammer E. V. gehören bisher 3181 Ärzte der früheren Ärztekammer an. Nur 35 Ärzte sind ausgetreten. — Die Wahlbeteiligung betrug 71,7%. Als Delegierte wurden gewählt: 6 Flüchtlingsärzte, 12 nichtniedergelassene Ärzte, 3 Ärztinnen, 26 Fachärzte, 28 prakt. Ärzte, 1 beamteter Arzt (teilweise Überschneidung der Gruppen. D. Ref.). Ungefähr die Hälfte sind wiedergewählte bzw. neugewählte Delegierte.

Der größere Teil der Reichsärzteordnung ist noch in Kraft, insbesondere die Berufsordnung. Letztere wird auf dem nächsten Ärztetag (Sept. 1949) eingehend durchgesprochen werden. — Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer wird ihre Satzung usw. neu zu beraten haben. — Die neue Kammer ist völlig frei; sie untersteht nicht der Aufsicht des Innenministeriums.

Zur Wahl des Vorsitzenden der Ärztekammer übernimmt Dr. Haas als Alterspräsident den Vorsitz der Versammlung. — Auf Wunsch der Versammlung spricht zunächst Dr. Neuffer über den derzeitigen Stand der ärztlichen Berufsorganisationen. (Siehe Aufsatz Dr. Neuffer, Seite 153.)

Dr. Dobler: Der Hartmannbund muß rasch Gestalt gewinnen. — Die politischen Verhältnisse haben zu einer

Fortbildungskurse Bad Nauheim

Die Vereinigung der Bad Nauheimer Ärzte hält vom 14. bis 16. Oktober 1949 wieder ihren bekannten dreitägigen Fortbildungslehrgang unter Mitwirkung namhafter Kliniker im W.G.-Kerckhoff-Institut Bad Nauheim ab. Das Thema lautet: „Fortschritte auf dem Gebiet der Behandlung der Kreislaufkrankungen“. Die Kurse waren früher von Ärzten des In- und Auslandes stark besucht, so daß auch jetzt wieder mit einem großen Andrang zu rechnen ist. Auskunft und Zimmerbestellung vermittelt das Verkehrsamt des Hessischen Staatsbades Bad Nauheim.

Herr Prof. Dr. Weber hält vom 10. bis 13. Oktober 1949 einen Kursus über Elektrokardiographie und andere graphische Untersuchungsmethoden für Anfänger ab.

Boehringer-Mannheim, 90 Jahre im Dienste der Gesundheit

Am 15. März dieses Jahres waren 90 Jahre vergangen, seit Christian Friedrich Boehringer eine chemische Fabrik in Stuttgart ins Handelsregister eintragen ließ, die sich damals in erster Linie mit der Gewinnung von Chinin aus China-Rinde befaßte.

Die Produktion von Chinin, das in der Medizin mehr und mehr an Bedeutung gewann, nahm bald solch erheblichen Umfang an, daß schon 13 Jahre nach der Gründung, im Jahre 1872, das Werk auf ein größeres Gelände nach Mannheim verlegt werden mußte.

Neben der Chinin-Fabrikation begann das Werk schon früh mit der Entwicklung von Herstellverfahren für eine Anzahl anderer Alkaloide wie z. B. Morphium, Codein, Cocain, Theobromin, Theophyllin, Coffein, Strychnin und gelangte so in Zusammenarbeit mit namhaften Forschern wie Schmiedeberg, Kraft und Fraenkel zu den bekannten Präparaten VERODIGEN und KOMBETIN (k-Strophanthin „Boehringer“), denen sich bald weitere, vor allem synthetische Arzneimittel anschlossen.

Auf den diesjährigen Kongressen zeigte die Firma an neuen Präparaten: ANERTAN, STILBETAN, FLAVOLUTAN (als Kristall-Suspensionen und Implantations-Tabl.), LADIGAL liquid. (als erstes oral verabreichbares flüssiges Sulfonamid-Präparat), DYMAL (als Verdauungsferment), ELAMINE (ein Aminosäuren-Präparat zur intravenösen Infusion), DICUMAN (Dicumarol „Boehringer“ zur Thrombose-Prophylaxe).

Im Jubiläumsjahr sollen auch erstmalig wieder die DIAGNOSTISCHEN MITTEILUNGEN und das THERAPEUTISCHE VADEMECUM erscheinen, die dem Arzt manche praktischen Hinweise für seine Arbeit geben können.

Abtrennung der Ärztekammer und KV. Süd-Württemberg von Nord-Württemberg geführt. Es ist daher um so wichtiger, daß der Hartmannbund alle Ärzte zusammenfaßt. Er bildet auch die Auffangstellung für die bedrohte KV.

Dr. Haas dankt Dr. Neuffer für die bisher geleistete opfervolle Arbeit als „Innen- und Außenminister“ der AK. und bittet ihn, sich weiter zur Verfügung zu stellen. Die Versammlung schließt sich dem Dank wie auch der Bitte an.

In geheimer Wahl wird mit 63 von 64 Stimmen Dr. Neuffer zum **Präsidenten der Ärztekammer Nord-Württemberg** gewählt.

Dr. Neuffer dankt; er bittet, das jetzt ausgesprochene Vertrauen in Zukunft auch tätig zu beweisen und nicht irgendwelchen Gerüchten das Ohr zu leihen, sondern über etwaige Anstände an Ort und Stelle sich ein Bild zu verschaffen.

Über die Arbeitsweise der Delegiertenversammlung wird nach Aussprache einstimmig beschlossen: Die Unterlagen für die jeweilige Tagesordnung sollen den Delegierten **möglichst 3 Wochen** vor der Sitzung zugehen. Sie können dann die einzelnen Punkte mit den Kreisärzteschaften erörtern. In ihren Entschlüssen sollen sie aber frei bleiben. Nur dann haben die Beratungen in der Delegiertenversammlung einen Sinn und kann dort fruchtbare Arbeit geleistet werden.

Ergebnisse der geheimen Wahl s. unten.

Es wird ferner eine **Arbeitsgemeinschaft der leitenden Krankenhausärzte** und eine **Arbeitsgemeinschaft der nichtniedergelassenen Ärzte** gebildet.

Dem korporativen Beitritt des Vereins der beamteten Ärzte Nord-Württembergs zur Ärztekammer wird zugestimmt.

Zum 52. Deutschen Ärztetag werden von der Ärztekammer delegiert:

Dr. Neuffer, Stuttgart-Degerloch, Dr. Schwoerer, Waiblingen, Dr. Willert, Bad Mergentheim, Dr. Hämmerle, Kornwestheim, Dr. Benz, Aalen, Dr. Knospe, Eßlingen.

Mit dem Beitritt der Ärztekammer zur **Arbeitsgemeinschaft freier Berufe** Württemberg-Baden ist die Versammlung einverstanden. Diese Arbeitsgemeinschaft wird vor allem die Belange der freien Berufe bei der neuen Steuergesetzgebung den staatlichen Dienststellen gegenüber vertreten.

Nach längerer Aussprache wird der **Haushaltplan** für das 2. Halbjahr 1949 in der Form genehmigt, wie er für die bisherige Kammer gegolten hatte.

Die **Angestellten** der bisherigen Kammer werden von der Ärztekammer E. V. zu den alten Bedingungen weiterbeschäftigt (nach Aussprache angenommen).

Der Vorstand wird ermächtigt, mit dem Vorstand der KV., dem berufsständischen Ausschuß und den Delegierten für den Ärztetag zu dem „Entwurf einer Berufsordnung“ Stellung zu nehmen, der am Ärztetag beraten werden soll.

Dr. Hämmerle

Zusammensetzung der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V., Ergebnis der Wahlen für den Gesamtvorstand und die Ausschüsse

Delegiertenversammlung

Das Ergebnis der bis zum 5. Juli 1949 in den Kreisärzteschaften durchgeführten Wahlen zur Delegiertenversammlung ist allen Mitgliedern mit Rundschreiben vom 15. Juli 1949 bekanntgemacht worden.

Auf der 1. (konstituierenden) Sitzung der neu gewählten Delegierten am 23. Juli 1949 wurden auf Grund des § 8 (3) der Satzung der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. als Vertreter besonderer Gruppen der Delegiertenversammlung zugewählt:

Ärztinnen und beamtete Ärzte

Obermed.-Rätin Dr. Schiller, Maria, Stgt.-N, Birkenwaldstr. 126
Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern
 Dr. Borck, Hans-Ludwig, prakt. Arzt Reutlingen-Pfullingen, Klosterstr. 82

Medizinische Fakultät der Universität Tübingen

Prof. Dr. Gottron, Heinrich, Direktor d. Univers.-Hautklinik, Tübingen, Liebermeisterstr. 25

Der Delegiertenversammlung gehören jetzt insgesamt 70 Delegierte an.

Gesamtvorstand und Ausschüsse

Die Wahl des Gesamtvorstandes und der Ausschüsse hatte folgendes Ergebnis:

I. Gesamtvorstand

Dr. Neuffer, Hans	Präsident	Stgt.-Degerloch, Erlenweg 16, Tel. 7 72 23
Dr. Schwoerer, P.	Vizepräsident (zugleich Vertreter d. leitend. Krankenhausärzte)	Waiblingen, Kreis-krankenhaus Tel. 645 (priv. 313)
Dr. Knospe, Erich	Rechnungsführer (zugleich Vertreter d. Flüchtlingsärzte)	Eßlingen/N, Urbanstr. 5, Tel. 1 73 10
Dr. Hämmerle, G.	Schriftführer	Kornwestheim, Friedrichstr. 43 Tel. 35 83
Dr. Reinhardt, Ilse	(Vertreterin der Ärztinnen)	Stuttgart-N, Hahnemannstr. 1, Tel. 8 11 56
Dr. Nübel, Eugen	(Vertreter d. niedergeb. aber nicht zugelassenen Ärzte)	Ludwigsburg, Rich.-Wagner-Str. 3 Tel. 42 26

Dr. Jakober, Otto (Vertreter der nichtniedergel. Ärzte) Stuttgart-N, Feuerbacher Heide 20, Tel. 6 95 08

Dr. Röken, Werner Stuttgart-N, Hölderlinstr. 54, Tel. ü. 6 90 51

Dr. Schröder, Albr. Stgt.-Bad Cannstatt Nauheimer Str. 45, Tel. 5 07 88

Dr. Walz, Werner Heidenheim/Br., Schwanenstr. 9, Tel. 595

Dr. Häußler, Siegf. Altbach, Krs. Eßlingen, Tel. Plochingen 216

II. Finanzausschuß

Dr. Knospe, Erich, Rechnungsführer Eßlingen/N, Urbanstr. 5

Dr. Kraus, Wolfgang Stgt.-Bad Cannstatt König Karl-Str. 16

Dr. Münz, Walter Stgt.-S, Filderstr. 7

Dr. Röken, Werner Stgt.-W, Hölderlinstr. 54

Dr. Welsch, Maria Ludwigsburg, Königsallee 64

III. Ausschuß für berufsständische Fragen

Dr. Schwoerer, Paul Waiblingen Kreiskrankenhaus

Dr. Benz, Ottmar Aalen Friedrichstr. 31

Dr. med. et phil. Osterhage, Karl Wiesensteig Kr. Göppingen

Dr. Scharpf, W. Stuttgart-N Lenzhalde 51

Dr. Pflüger, Walter Stuttgart-W Hölderlinstr. 40

Dr. Walz, Helmut Stgt.-Weil im Dorf Wilhelmshospital

Dr. Gscheidel, Erich Stuttgart-N Königstr. 40

IV. Fürsorge- und Versorgungsausschuß

Dr. Knospe, Erich Eßlingen/N. Urbanstr. 5

Dr. Haas, Ernst Böblingen Karlstr. 25

Dr. Mühlhäuser, H. Geislingen/St. Parkstr. 3

Dr. Münz, Walter Stuttgart-S Filderstr. 7

Dr. Schwoerer, P. Waiblingen Kreiskrankenhaus

Dr. Glöckler, Fritz Kirchheim/T. Kolbstr. 9

Dr. Eisert, Herbert Schorndorf Kreiskrankenhaus

V. Ausschuß für ärztliche Fortbildung

Prof. Dr. Dennig, H. Stuttgart-O Metzstr. 74

Prof. Dr. Beckmann, Kurt Stuttgart-O Am Hohengeren 3

Prof. Dr. Reisner, A. Stuttgart-S Sonnenbergstr. 25

Prof. Dr. Gottron, H. Tübingen Liebermeisterstr. 25

Prof. Dr. Schultz, A. Stuttgart-N Ganghoferstr. 20

Dr. Walz, Werner Heidenheim/Br. Schwanenstr. 9

Dr. Burkart, Werner Stuttgart-N Ehrenhalde 31

Dr. Kraus, Wolfgang Stgt.-Bad Cannstatt König Karl-Str. 16

Dr. Gscheidel, Erich Stuttgart-N Königstr. 40

Dr. Hertner, Wilh. Heilbronn/N. Urbanstr. 7

Dr. Biersch, Helmut Stuttgart-W Hölderlinplatz 5

Dr. Phleps, Erich Nürtingen Neckarstr. 16

Dr. Langer, Julius Ludwigsburg Myliusstr. 4

Dr. Münz, Walter Stuttgart-S Filderstr. 7

Dr. Anhegger, Erich Eßlingen/N. Moltkestr. 33

VI. Facharztanerkennungsausschuß

Prof. Dr. Beckmann, Kurt Stuttgart-O Am Hohengeren 3

Prof. Dr. Reisner, A. Stuttgart-S Sonnenbergstr. 25

Prof. Dr. Pfeiderer, Adolf Stuttgart-S Rottannenweg 23

Prof. Dr. Jürgens, Bernhard Ludwigsburg Hospitalstr. 1

Dr. Burkart, W. Stuttgart-N Ehrenhalde 31

Dr. Haage, Ernst Ludwigsburg Wilhelmsplatz 7

Dr. Gscheidel, Erich Stuttgart-N Königstr. 40

Dr. Schad, Hugo Backnang Rötlenweg 1

Dr. Hertz, Wilhelm Heilbronn/N. Wilhelmstr. 16

Dr. Phleps, Erich Nürtingen Neckarstr. 16

Dr. Hertner, W. Heilbronn/N. Urbanstr. 7

Dr. Frey, Friedrich Renningen
Dr. Knedel, Max. Göppingen

Kr. Leonberg
Zentralkliniken

VII. Ausschuß für Flüchtlingsärzte

Dr. Knospe, Erich Eßlingen/N.
Dr. Necker, Albert Stgt.-Zuffenhausen
Dr. med. et phil.
Schindera, Max. Herrenberg
Dr. Eibner, Waltr. Eßlingen/N.

Urbanstr. 5
Galvanistr. 7
Hindenburgstr. 15
Turmstr. 16

VIII. Ehrenrat

Vorsitzender:
Dr. Majer, Hermann Ohringen
stellvertr. Vorsitzender:
Dr. Gerber, Wilhelm Stuttgart-O
Beisitzer:
Dr. Steng, Hermann Endersbach
Dr. Stütze, Karl Bad Mergentheim
Dr. Schröder, Albr. Bad Cannstatt

Schillerstr. 25
Haußmannstr. 80
Kr. Waiblingen
Unt. Graben 9
Nauheimer Str. 45

stellvertr. Beisitzer:

Dr. Eychmüller, H. Neckarsulm
Dr. Burkart, Werner Stuttgart-N
Dr. Dreiß, Fritz Göppingen

Olgastr. 1
Ehrenhalde 31
Marktstr. 6

IX. Großer Ehrenrat

Vorsitzender: Der Gesamtvorstand wurde von der Delegiertenversammlung ermächtigt, die Wahl des Vorsitzenden und im Einvernehmen mit diesem die Wahl des stellvertr. Vorsitzenden vorzunehmen.

stellvertr.

Vorsitzender:

Beisitzer:

Dr. Benz, Ottmar Aalen
Dr. Zimmerle, Karl Stuttgart-O
Prof. Dr. Dennig, H. Stuttgart-O

Friedrichstr. 31
Landhausstr. 90
Metzstr. 74

stellvertr. Beisitzer:

Dr. Spohr, Erich Heilbronn/N.
Dr. Phleps, Erich Nürtingen
Dr. Finger, Theodor Schwab. Gmünd

Cäcilienstr. 58
Neckarstr. 16
Oberbettringer Str. 78

Ergebnis der Vorstandswahlen in den Kreisärzteschaften

Kreis	1. Vorsitzender	stellv. Vorsitzender	Schriftführer	Rechnungsführer
Aalen	Dr. Benz, Aalen	Dr. Berend, Ellwangen	Dr. Kindervater, Aalen	Dr. Miklaw, Wasseraffingen
Backnang	Dr. Krische, Backnang	Dr. Hartmann, Murrhardt		Dr. Wawersik (Frau), Backnang
Böblingen	Dr. Bissinger, Sindelfingen	Dr. Haas, Böblingen	Dr. Karst, Böblingen	Dr. Dr. Schindera, Herrenberg
Craillsheim	Dr. Bender (Frau), Unterdeufstetten	Dr. Kühner jr., Schrozberg	Dr. Magenau, Craillsheim	Dr. Brodbeck, Craillsheim
Eßlingen	Dr. Finckh, Eßlingen	Dr. v. Bruch, Eßlingen	Dr. Knospe, Eßlingen	Dr. Steuer (Frau), Eßlingen
Schwab. Gmünd	Dr. Finger, Gmünd	Dr. Riedlinger, Gmünd		Dr. Schmidt (Frau), Gmünd
Göppingen	Dr. Dreiss, Göppingen	Dr. Dr. Osterhage, Wiesensteig	Dr. Jesse, Göppingen	Dr. Zeller sr., Göppingen
Schwab. Hall	Dr. Kuch, Schwab. Hall	Dr. Dürr, Schwab. Hall		Dr. Mueller, Schwab. Hall
Heidenheim	Dr. Walz, Heidenheim	Dr. Balz, Gerstetten	Dr. Höfer, Heidenheim	Dr. Schneider, Heidenheim
Heilbronn	Dr. Spohr, Heilbronn	Dr. Hertz, Heilbronn	Dr. Hofer, Heilbronn	Dr. Schroer, Heilbronn
Künzelsau	Dr. Pregizer, Künzelsau	Dr. Seidel, Ingelfingen		Dr. Banzhaf, Künzelsau
Leonberg	Dr. Laufer, Weilderstadt	Dr. Faber, Leonberg		Dr. Frey (Frau), Renningen
Ludwigsburg	Dr. Haege, Ludwigsburg	Dr. Langer, Ludwigsburg	Dr. Nübel, Ludwigsburg	Dr. Metke, Ludwigsburg
Mergentheim	Dr. Salat, Mergentheim	Dr. Meyer, Mergentheim	Dr. Stütze jr., Mergentheim	Dr. Hoerstke, Mergentheim
Nürtingen	Dr. Glöckler, Kirchheim/T.	Dr. Phleps, Nürtingen	Dr. Ebensperger, Kirchheim/T.	Dr. Gundert, Oberboihingen
Ohringen	Dr. Leder, Ohringen	Dr. Steinhauser, Ohringen		Dr. Wirth, Ohringen
Ulm/Donau	Dr. Busch, Ulm/Donau	Dr. Palm, Ulm/Donau	Dr. Hartmann, Ulm/Donau	Dr. Sedlmayr, Ulm/Donau
Vaihingen/Enz	Dr. Schmitt, Derdingen	Dr. Wehnert, Mühlacker		Dr. Kaiser, Mühlacker
Waiblingen	Dr. Schwoerer, Waiblingen	Dr. Riegel, Schorndorf	Dr. Eisert, Schorndorf	Dr. Theen (Frau), Waiblingen
Stuttgart	Dr. Götz, Stuttgart	Dr. Knorpp, Stuttgart	Dr. Sigel (Frau), Stuttgart	Dr. Hangleiter, Stuttgart

Anzeigen über Berufserkrankungen

Das Innenministerium Württemberg-Baden gibt bekannt: „Die Landesgewerbeärzte von Württemberg-Baden weisen aus gegebenem Anlaß darauf hin, daß Milzbranderkrankungen, die durch eine berufliche Tätigkeit verursacht werden, wie die sonstigen Berufserkrankungen gemäß § 7 der 3. VO. über Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten vom 16. Dezember 1936 (RGBl. I S. 1117) i. V. mit der 4. VO. hierüber vom 29. Januar 1943 (RGBl. I S. 85) von dem Arzt, der bei einem Versicherten eine Milzbranderkrankung

oder Krankheitserscheinung feststellt, die den begründeten Verdacht einer Berufskrankheit rechtfertigt, dem Versicherungsträger oder dem Gewerbearzt unverzüglich anzuzeigen sind. Der Arzt hat für die Anzeige Anspruch auf eine Gebühr gegen den Versicherungsträger (vgl. § 7 Abs. 4 der genannten VO. aaO).“

Tbc-Fürsorgearzt gesucht

Bei den Staatl. Gesundheitsämtern Eßlingen und Waiblingen ist die Stelle eines Tbc-Fürsorgearztes zu besetzen. Der Arzt hat abwechslungsweise bei jedem dieser Gesund-

heitsämter zu arbeiten. Fachärzte für Lungenkrankheiten wollen ihre Bewerbung mit Unterlagen (Lichtbild, Lebenslauf, beglaubigte Abschriften des Spruchkammerbescheids mit Rechtskraftvermerk, der Approbationsurkunde, des Doktordiploms, der Facharztanerkennung und der Zeugnisse) binnen 14 Tagen beim Innenministerium, Stuttgart-W, Reinsburgstraße 32/34, einreichen. Persönliche Vorstellung wird erst nach Aufforderung erbeten.

Richtlinien für die Behandlung mit der Eisernen Lunge (E. L.)

(Zusammengestellt nach amerikanischen Erfahrungen)

Auf Veranlassung des Innenministeriums Württemberg-Baden werden folgende Richtlinien bekanntgegeben:

Im Rudolf-Sofien-Stift in Stuttgart S, Leonberger Straße, steht für Nord-Württemberg eine E. L. zur Verfügung. Poliomyelitisranke mit Lähmungserscheinungen im Gebiet der Atemmuskulatur sollen zur Behandlung rechtzeitig dorthin eingewiesen werden. Die Apparatur soll nicht erst als letzter verzweifelter Lebensrettungsversuch beim Versagen der Atmung zur Anwendung kommen, sondern die Hauptindikation bieten Fälle mit den ersten Anzeichen von Schwäche der Atemmuskulatur, die oft nicht beachtet oder nicht erkannt werden. Eine genaue Analyse der Ursachen der Atmungsbehinderung bei Poliomyelitis (P.) ist daher immer notwendig.

Drei Arten von Atmungsbehinderung können bei P. auftreten:

1. Lähmung der eigentlichen Atemmuskulatur (Interkostalmuskulatur und Zwerchfell) durch Schädigung der entsprechenden Vorderhornzellen des Rückenmarkes. (Symptome siehe unten!) **Hauptindikation.**
2. Schädigung der Nervenzentren i. d. Medulla oblongata besonders mit Schädigung des Atemzentrums. Hier kann ein **Behandlungsversuch** gemacht werden.
3. Pharynxlähmung (die auch ohne Beteiligung des Atemzentrums beobachtet wird) mit massenhafter Ansammlung von Schleim und Erbrochenem in der Rachenhöhle und Kehlkopf, wodurch die Atmung ständig unterbrochen, oberflächlich, unregelmäßig und unwirksam wird. Dadurch kommt es zu Übermüdung und Versagen der Atmung. In diesen Fällen ist die E. L. **nur selten wirksam, auch manchmal schädlich.**

Wenn in den zwei letztgenannten Fällen eine **Kombination** mit Lähmung der eigentlichen Atemmuskulatur vorliegt, soll die Anwendung der E. L. immer **versucht** werden.

Wichtigster Grundsatz ist also sofortige Anwendung der E. L. bei den ersten Anzeichen einer Lähmung der Atemmuskulatur, damit die gefährlichen Ermüdungserscheinungen vermieden werden.

Die **Symptome** einer beginnenden Lähmung der Atemmuskulatur sind folgende:

Schlaflosigkeit, Unruhe, Angstlichkeit und geistige (besonders bei älteren Patienten) Verwirrungszustände fallen gewöhnlich zuerst auf, obwohl gerade diese Symptome viele andere Gründe als das Versagen der Atemmuskeln haben können. Eine Beschleunigung der Atmung, Nasenflügelatmen, hörbares Atmen und Unlust zu sprechen, lassen Atemmuskelschwäche vermuten.

Zeitweise langsame, unregelmäßige, oberflächliche Atmung bei einem scheinbar nicht schwer erkrankten Patienten kann Atmungsschwäche verbergen. Ein gutes und frühes Erkennungszeichen, besonders bei Kindern, ist eigenartiges, häufig unterbrochenes Sprechen, das schließlich nur noch aus einsilbigen Worten besteht. Rückgang der Lebensfähigkeit oder Atemnot kommt manchmal überraschend deutlich zum Ausdruck, wenn man den Patienten auffordert, so schnell wie möglich zu zählen. Keines dieser Anzeichen ist spezifisch für eine Atemmuskellähmung; sie erfordern jedoch eine sehr sorgsame Untersuchung. Bei einem Kind, das nicht tief durchatmen will, kann es zweckmäßig sein, um eine Teillähmung der Atemmuskeln festzustellen, zuerst die Rippenatmung und dann die Zwerchfellatmung zu unterbinden, indem man mit den Händen die Brust bzw. den Bauch fest umfaßt und so die anderen Atemmuskeln zu größerer Tätigkeit zwingt.

Eine Lähmung beider Schultern bringt meistens eine Lähmung der Zwischenrippenmuskeln mit sich, so daß nach Feststellung dieser Lähmungen die Atemmuskeln sorgfältig beobachtet werden müssen.

Auch geht die **Lähmung der Nackenmuskeln** oft Hand in Hand mit einer **Lähmung des Zwerchfells**, doch wird der Wert dieses Anzeichens stark herabgesetzt durch die Schwierigkeit, die echte Nackenmuskellähmung von einem Versagen dieser Muskeln wegen Schmerzhaftigkeit zu unterscheiden.

Cyanose aus Atemmuskelschwäche ist ein letztes Zeichen und dürfte nie vorkommen. Wenn sie eintritt, so ist die Lage sehr ernst, der Tod ist nahe und, ausgenommen in ungewöhnlich rasch voranschreitenden Fällen, deutet das Erscheinen auf Vernachlässigung und Fehlen einer sorgfältigen Beobachtung hin. Der angespannte Gebrauch der auxiliären Atemmuskulatur, das Vorstrecken des Kinnes und die Versuche, Luft zu schlucken, sind als letzte Anzeichen bekannt.

Die Feststellung einer **rein bulbären** Atmungsschädigung ohne Lähmung der Atemmuskulatur ist schwierig. Oberflächliches unregelmäßiges Atmen oder ruckartige, krampfartige Atmungsversuche, die bis zu einem fortgesetzten Schlucken ansteigen („Vorhofflimmern der Atmung“), weisen darauf hin. Ein Versuch mit der E. L. ist hier möglich, obwohl es schwer oder unmöglich ist, die ganz unregelmäßigen Atmungsversuche mit dem Rhythmus des Apparates in Einklang zu bringen.

Ein Versagen der Atmung infolge Kreislaufkollapses, der bei der P. nicht selten ist, stellt natürlich keine Indikation für die E. L. dar.

Viele Ärzte äußern ihre Enttäuschung über mangelhafte Erfolge mit der Eisernen Lunge. Wenn man bedenkt, daß Atmungsbehinderung bei Poliomyelitis in der Mehrzahl bulbärer Genese ist, und die Eisernen Lunge oft wahllos in jedem Falle — meist als ultimum refugium — angewendet wird, ist diese Kritik verständlich.

Fortbildungskurs für med. techn. Assistentinnen

Am Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart wird vom 3. bis 7. Oktober ein Fortbildungskurs für med.-techn. Assistentinnen abgehalten, in dem der heutige wissenschaftliche Stand der Hämatologie zur Kenntnis gebracht wird. Neben Vorträgen über Physiologie und Pathologie des Blutes werden besonders Diagnostik und Technik der Knochenmarkspunktionen vermittelt. Anmeldungen sind möglichst umgehend zu richten an: Dr. P. Diezel, Stuttgart-N, Robert-Bosch-Krankenhaus. Die Kursgebühr beträgt 20 DM. Quartier kann auf Wunsch vermittelt werden. Anmeldeschluß: 1. September.

Sportärztetagung am 26. Juni 1949 in Degerloch

Beim Südwestdeutschen Sportärztetreffen in Degerloch am 26. Juni 1949 wurde erneut die Frage der Körperertüchtigung körperschwacher Kinder mit Hilfe der Leibesübungen und der Ausgleich von Haltungsverfehlern besprochen.

Dr. Schnitzler, Stuttgart, in Vertretung von Dr. Baumann, betonte die Notwendigkeit der Durchführung derartiger Kurse.

Dr. Bacher, Stuttgart, gab einen interessanten Überblick über die sportärztliche Untersuchung bei amputierten Sportlern, sowie Hinweise zur Verhütung von Sportschäden am gesunden Bein.

Unter Vorsitz von Prof. Dr. Heiss fand eine rege Diskussion über die Zulassung Jugendlicher auf der 1000- und 3000-m-Strecke statt.

Zum stellvertretenden Vorsitzenden wurden von den anwesenden 40 Sportärzten Dr. Baumann, Stuttgart, zum Schriftführer Dr. Liebert, Stuttgart, gewählt.

Prof. Dr. Heiss

Heimkehrer-Ärzte Nord-Württembergs

Zur Wahrung der Interessen der Heimkehrer-Ärzte und zur Vorbereitung ihres engeren Zusammenschlusses werden zunächst sämtliche, nach dem 31. Dezember 1946 aus Kriegsgefangenschaft oder Internierung nach Nord-Württemberg heimgekehrten Ärzte um Übersendung eines Personalbogens mit folgenden Angaben gebeten:

Name, Vorname, Geburtsdatum, Familienstand, Kinder, Staatsexamen, Doktorexamen, evtl. fachärztliche Anerkennung, Spruchkammerbescheid. Wann und aus welcher Kriegsgefangenschaft heimgekehrt? Wann gesund geschrieben? Jetzige ärztliche Tätigkeit unter welchen Bedingungen?

gen? Welche beruflichen Absichten? Bemerkungen. Derzeitige Anschrift.

Übersendung des Personalbogens erbittet Hautarzt Dr. A. Hirschberger, Ludwigsburg, Myliusstr. 2.

Arztbücherei Stuttgart

Die Bücherei befindet sich in der Geschäftsstelle der Ärzteschaft des Kreises Groß-Stuttgart, Danneckerstr. 26 I

(Telefon 7 60 44/45 und Stadtzentrale 4 25 53—57, 5 27 56—59 App. 1357 — Straßenbahnlinien: 5, 16 und 7).

Die Lesestunden sind auf Mittwoch und Freitag von 18 bis 21 Uhr festgesetzt. Da auswärtigen Kollegen die Einhaltung der Lesestunden vielfach nicht möglich sein wird, steht ihnen die Benutzung auch während der Dienststunden der Geschäftsstelle täglich von 8—17 Uhr frei. Ein Ausleihen der Bücher und Zeitschriften ist zur Zeit noch nicht möglich.

ARZTEKAMMER WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

Geschäftsstelle: Tübingen, Denzenberg, Telefon 22 62

Arbeitstagung der Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern

Am 13. Juli 1949 fand in Tübingen eine Arbeitstagung der Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern statt, um Beschluß zu fassen über eine vorläufige Versorgungseinrichtung der Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern, Trennung der Kassenärztlichen Vereinigung von Stuttgart und Stellungnahme zum Hartmannbund.

Im Rahmen der Richtlinien, die vom interzonalen Fürsorge- und Versorgungsausschuß der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern aufgestellt wurden, legte Dr. Dobler der Kammer den Entwurf einer vorläufigen, auf die Dauer von drei Jahren vorgesehenen Versorgungseinrichtung vor, der in Fortführung der Tradition der ehemaligen Langbeinkasse ein Umlageverfahren in eigener Verwaltung vorsieht. Der Entwurf war in allen Kreisärzteversammlungen vorberaten und dort schon in seinen wesentlichen Grundzügen angenommen worden. Er sieht eine obligatorische Teilnahme aller Kassenärzte vor, während festbesoldete Ärzte nur auf Antrag teilnehmen können.

Bei Stimmenthaltung des Vorsitzenden, der ausführte, daß er eine freiwillige Mitgliedschaft vorziehen würde, wurde die obligatorische Teilnahme von allen südwürttembergischen Kammermitgliedern beschlossen.

Die Versorgungseinrichtung (Gemeinschaftshilfe) hat den Zweck, bis zur endgültigen Regelung der Versorgung die Mitglieder der Ärztekammer im Falle der Invalidität und deren Angehörige im Todesfall vor der dringlichsten Not zu schützen. Als monatlicher Beitrag wird im Durchschnitt 30 DM erhoben. Bei Eintritt der Invalidität erhält der Versorgungsberechtigte eine monatliche Rente von 100 DM, die sich für seine Ehefrau und jedes Kind um 20 DM erhöht. Im Todesfall bekommen die Hinterbliebenen ein Sterbegeld von 2000 DM, die Witwe und versorgungsberechtigte Kinder erhalten Renten.

Die Versorgungseinrichtung ist zunächst für drei Jahre geplant; das dann vorhandene überschüssige Vermögen soll als Grundstock für eine endgültige Versorgungseinrichtung der Ärzte Verwendung finden. Der Satzungsentwurf wurde einstimmig angenommen, bedarf aber noch der Zustimmung des Innenministeriums.

Da die Honorarverhandlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Kassen in Nord-Württemberg und Süd-Württemberg verschiedene Wege gegangen sind und auch unterschiedliche Resultate erzielt haben, wurde eine Trennung des Abrechnungsverfahrens notwendig. Der Beschluß des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Württemberg-Hohenzollern, diese seit langem vorbereitete Trennung, welche auch eine Entlastung der über großen Stuttgarter Abrechnungsstelle zum Ziele hat, auf 1. Okt. 1949 durchzuführen, wurde von der Ärztekammer gutgeheißen. Die Übernahme eines Teiles des Personals aus der Stuttgarter Verrechnungsstelle ist in Aussicht genommen.

Dr. Dobler berichtete über die beabsichtigte Gründungsversammlung des Hartmannbundes für ganz Württemberg, die auf 30. Juli 1949 nach Tübingen einberufen ist. Die Ärztekammer billigte den Vorschlag, den Hartmannbund für Nord- und Süd-Württemberg gemeinsam aufzurichten und empfahl allen Kollegen den Beitritt.

In der Frage des Kammerbeitrags wurde eine Herabsetzung um durchschnittlich ein Viertel der bisherigen Beiträge beschlossen.

Über die Notwendigkeit der Senkung der Arzneimittelkosten wurde eingehend verhandelt. Es wurde beschlossen, an das Ministerium heranzutreten mit der Forderung eines

Arzneimittelgesetzes, das dem Arzneimittelschwindel ein Ende bereite. Desgleichen sollen die Preise, auch der anerkannt ernsthaften Arzneimittel wenigstens, soweit sie aus Geldern der Sozialversicherung bezahlt werden müssen, wesentlich gesenkt werden. Bei den von der Kammer beschlossenen Fortbildungskursen soll der Pharmakologe der Universität, Herr Prof. Haffner, gebeten werden, über sparsame und zweckmäßige Arzneiverordnung vorzutragen.

In der Frage der Flüchtlingsärzte teilt der Vorsitzende mit, daß die Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Ärztekammern der französisch besetzten Zone sich bereit erklärt haben, trotz der großen Anzahl in ihren Ländern schon zugelassener Flüchtlingsärzte auf 1500 Flüchtlinge einen Flüchtlingsarzt zu übernehmen. Diese Ärzte sollen aber erst abberufen werden, wenn ihre Zulassung zu den Kassen gesichert ist und der Kommissar für Umsiedlung Wohnung und Praxisräume zur Verfügung gestellt hat. Die Kammer trat diesem Beschluß bei.

Der Präsident: (gez.) Dr. Dobler

75. Geburtstag und 50jähriges Doktorjubiläum

Am 1. August 1949 feierte der prakt. Arzt Dr. Hans Bickel, Schussenried, sein 75. Geburtstagsfest und zugleich sein 50jähriges Doktorjubiläum. Der Jubilar, dessen ärztliche Wirksamkeit, Bescheidenheit und Selbstlosigkeit in den weitesten Kreisen in der Bevölkerung Anerkennung und dankbare Liebe gefunden hat, studierte seinerzeit an den Universitäten München und Würzburg. An letzterer promovierte er 1899 und erhielt auch dort seine Approbation.

Zunächst begann er die Ausübung seines ärztlichen Berufes als Fürstl. Leibarzt zu Schloß Zell bei Leutkirch und siedelte 1907 nach Schussenried über. Dort entfaltete er eine Tätigkeit, die ihn zu einem der bekanntesten und beliebtesten Ärzte in weitem Umkreis gemacht hat. Als Allgäuer war ihm die Liebe zu den Bergen angeboren, trotzdem ihm auch weite Reisen nach Italien, Griechenland, nach Konstantinopel und Afrika die Schönheit und den Reiz fremder Länder und Völker zeigten. Trotz mancher Schicksalsschläge, wie den Verlust seiner älteren Tochter und die Kriegsgefangenschaft seines jüngsten Sohnes, der ebenfalls Arzt ist, steht der Jubilar noch heute im Dienste der Menschheit.

Wir wünschen ihm noch viele Jahre der Rüstigkeit und ein otium cum dignitate!

70. Geburtstag

Professor Dr. Hans Burckhardt beging am 25. Juni 1949 in Urach, wo er im Ruhestand lebt, seinen 70. Geburtstag. In Stuttgart als einziger Sohn des weitbekannten, zu früh verstorbenen Chirurgen Hermann B. geboren, war er lange Jahre Assistenz- und Oberarzt an den chirurg. Universitätskliniken in Königsberg, Berlin und Marburg. Seit 1917 war er Dozent. Später war er Chefarzt des Bethesda-Krankenhauses in Essen-Borbeck bis zu dessen Zerstörung durch Luftangriff 1944. Außerdem entfaltete er eine ungewöhnlich große schriftstellerische Tätigkeit in allen Zweigen der Chirurgie auf Grund eigener experimenteller Forschung und reicher praktischer und operativer Erfahrung. Seine beiden Werke über „Arthritis deform. und chronische Gelenkerkrankungen“ u. „Die unspezifischen chronisch. Erkrankungen der Wirbelsäule“ in der „Neuen deutschen Chirurgie“ wurden bei ihrem Erscheinen als Standardwerke und Muster deutschen Gelehrtenfleißes von berufenen Kritikern bezeichnet.

Dr. Kaehler, Reutlingen

LANDESÄRZTEKAMMER SÜDBADEN KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SÜDBADEN

Geschäftsstelle: Freiburg/Br., Karlstraße 34, Telefon 2534

In einer von der „Rechts- und Staatswissenschaftlichen Fakultät“ der Universität Freiburg veranstalteten Vortragsfolge sprach am 15. Juli 1949 Dr. Haedenkamp, Bad Nauheim, über

Arzt und Sozialversicherung.

Nach der einleitend historisch begründeten Feststellung, daß der Arzt eine öffentliche Aufgabe erfülle und daß der ärztliche Beruf kein Gewerbe sei, gab der Redner einen Überblick über die Entstehung der Sozialversicherung, die Entwicklung der Ärzteorganisation und die wechselseitigen Beziehungen. Die Sozialversicherung habe zunächst nur einen kleinen Teil des Volkes umfaßt, während ihr heute ca. zwei Drittel der Bevölkerung angehören. Das bedeute einen erheblichen wirtschaftlichen Nachteil für die Ärzte, da diese seinerzeit in der Behandlung der Sozialversicherten auf Mindestsätze einer Gebührenordnung verpflichtet wurden, die, auf das Jahr 1815 zurückgehend, weniger der ärztlichen Leistung entsprechen sollte, als vielmehr als Sozialbeitrag der Ärzte gedacht war. Mit jeder Erweiterung des Versichertenkreises wurden die selbstverständlich notwendigen Ausgleichsmöglichkeiten zwangsläufig eingeengt. Eine Revision der Gebührenordnung sei dringend notwendig.

Im weiteren Verlauf schilderte der Redner die besonderen Verdienste des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmann-Bund) um die Einführung von Tarifverträgen, die freie Arztwahl für die Versicherten und die Bildung eines Ausschusses für Ärzte und Krankenkassen, der die Beziehungen auf dem Boden einer gemeinsamen Selbstverwaltung regelt.

Durch die politische Entwicklung und die Zonenaufteilung sei die einheitliche Regelung zerstört und durch die Maßnahmen der politisch ganz verschieden eingestellten Militärregierungen teilweise stark verändert worden.

In der Ostzone sei der Arzt ein Heilangestellter geworden. In der amerikanischen Zone bedeute der uns unpersönlich erscheinende Glaube an den Segen einer absoluten Gewerbefreiheit eine ernste Gefahr für den Bestand der Krankenversicherung überhaupt. In der britischen Zone seien die Dinge nicht allzusehr verändert, und in der französischen Zone konnte nicht zuletzt wegen des klaren ungestörten Aufbaues der ärztlichen Organisation ein menschlich befriedigendes Verhältnis zwischen den Vertragsparteien aufrechterhalten werden.

Weiterhin ging der Redner auf die Überfüllung des ärztlichen Berufsstandes, auf die Folgen einer allgemeinen Zulassung zur Kassenpraxis und auf die Not der Jungärzte ein. Diese müßten zum Teil noch immer unter unwürdigen Bedingungen arbeiten. Es sei schwer, die Solidarität in einem so überfüllten Stand aufrechtzuerhalten. Es werde nötig sein, daß Ärzte ins Ausland gehen, hoffentlich biete sich im Rahmen des Truman-Planes zur Erschließung unerforschter Gebiete eine Möglichkeit zur Mitarbeit deutscher Ärzte.

Zur Reform der Sozialversicherung forderte er zur allgemeinen Einsparung eine Verbindung der Sozialversicherung mit dem staatlichen Gesundheitswesen, den Ausbau der Gesundheitsfürsorge durch eine organische Verbindung der Kranken- und Rentenversicherung, Bildung von Arbeitsgemeinschaften zwischen den Trägern der Sozialversicherung, der öffentlichen Fürsorge, dem staatlichen Gesundheitswesen, der Lebensversicherung usw.

So könne man zu einer Reform der Gesundheitsführung des ganzen Volkes kommen, ohne die Gestalt der Sozialversicherung allzusehr zu ändern. Ein Vergleich der ausländischen Sozialversicherung mit der deutschen sei nicht möglich, jedoch scheine die französische Regelung einer Mitbeteiligung der Versicherten den Ärzten besonders glücklich. Die deutsche Krankenversicherung müsse un-

bedingt zu einer Einsparung von Mitteln kommen. Er glaube, daß ohne Selbstbeteiligung der Versicherten die Krankenversicherung in ihrer heutigen Form nicht mehr aufrechterhalten sei.

In diesem Zusammenhang erwähnte der Redner die Vorschläge für eine Weiterzahlung des Lohnes an die Arbeiter im Falle der Arbeitsunfähigkeit. Durch eine solche Regelung könnten für die Krankenversicherung erhebliche Mittel eingespart werden. Ob allerdings die Wirtschaft dies tragen könne, sei eine andere Frage.

Wahrscheinlich müsse wie die Rentenversicherung auch die Krankenversicherung einen Zuschuß aus öffentlichen Mitteln erhalten, zum mindesten zur Durchführung vorbeugender Gesundheitsfürsorge.

Abschließend betonte der Vortragende, daß die deutsche Sozialversicherung zu einem unentbehrlichen Instrument der Gesundheitspflege geworden sei. Es wäre unverantwortlich, wenn ihre Leistungen eingeschränkt würden. Der durch den Krieg und seine Folgen beeinträchtigte Gesundheitszustand unseres Volkes erfordere umfassende Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Leistungsfähigkeit. In einer solchen Lage dürfe man den Versicherungsschutz nicht schmälern. Die dringend notwendige Reform der Sozialversicherung werde leider zu politischen Auseinandersetzungen führen. Darum sollten sich alle bemühen, die Dinge sachlich und menschlich zu betrachten.

In der Diskussion wurden vor allem die Auswirkungen der Überfüllung im ärztlichen Beruf auf die Krankenversicherung erörtert.

Deutscher Therapie-Kongreß Deutsche Heilmittelmesse

Aus Anlaß des Deutschen Therapie-Kongresses vom 4. bis 10. September 1949 und der damit verbundenen Deutschen Heilmittelmesse vom 3. bis 11. September 1949 in Karlsruhe führt das Schwarzwald-Reisebüro in Freiburg, Rottecksplatz, verbilligte Gesellschaftsfahrten mit fahrplanmäßigen Zügen (Ermäßigung bis zu 50 %) durch. Interessenten werden gebeten, sich an das Reisebüro zu wenden.

Nachruf

Am 15. Juni 1949 ist unser Kollege Herr Dr. Georg Kempf, gestorben. Mit den Angehörigen trauert die Offenburger Ärzteschaft tief über diesen Verlust. Ein ungewöhnlich hartes Schicksal ließ den Verstorbenen ein unheilbares Leiden erkennen und seinem sicheren Tod entgegensehen. Dennoch hat er voller Pflichtbewußtsein und Hilfsbereitschaft bis zu seinem letzten Lebenstag gearbeitet. Wir werden den aufrechten und allseits beliebten Kollegen nie vergessen, sondern ihm stets ein ehrendes Andenken bewahren.

Bezirksärztekammer Offenburg

Persönliche Nachrichten

Am 6. Juli 1949 war Herr Dr. Heinrich Engert, Wyhlen, 50 Jahre als approbierter Arzt tätig.

Am 6. Juli 1949 war Herr Dr. Reuter, Freiburg, 60 Jahre promoviert.

Am 7. Juli 1949 war Herr Dr. Kurt Diehl, Freiburg, 50 Jahre promoviert.

Am 26. Juli 1949 war Herr Dr. Julius Weber, früher Kehl, z. Z. Zell a. H., 50 Jahre approbiert und am 2. August 1949 konnte er seinen 80. Geburtstag feiern.

Am 10. August 1949 feierte Herr Dr. Adalbert Hofmann, Freiburg, seinen 70. Geburtstag.

Im Bereich der Landesärztekammer Südbaden starb: Dr. med. Manfred Seifert, Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Konstanz, im Alter von 69 Jahren.

Diesem Heft sind ein Prospekt der Firma Ciba A.-G., Wehr/Baden über „Cibalgin“ und zwei Prospekte des eigenen Verlages beigelegt

U-S-W-1057, ISD, Württemberg-Baden. Bezugspreis DM8.— jährlich zuzüglich Postgebühren. Verantwortlich für die Schriftleitung: Dr. med. Albrecht Schröder, Stuttgart-Degerloch, Jahnstr. 32. F. d. Anzeigent.: Ferd. Enke, Verlag, Stuttgart-W. Hasenbergsteige 3. Druck: Ernst Klett, Stuttgart-W, Rotebühlstraße 77. Ausgabe August 1949