

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1950

2 (1.2.1950)

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. Friedrich Kappes, Karlsruhe; Dr. Hans Kraske, Emmendingen

Verlag: Ferdinand Enke, Stuttgart-W

HEFT 2

STUTTGART, FEBRUAR 1950

5. JAHRGANG

INHALTSVERZEICHNIS

Dr. Speth:	Fortschritte der internen Therapie infolge neuzeitlicher pathogenetischer Auffassungen	23
Prof. Dr. Scholz:	Peteosthor	28
Med. Rat Dr. Hoschek:	Die ärztliche Anzeige über eine Berufskrankheit	31
Dr. Ammermüller:	Sozialmediziner und praktizierender Arzt	34
Dr. Metzger:	Württembergische Ärztliche Unterstützungskasse	36
Buchbesprechungen	37
Bekanntmachungen	39
	Ärztekammer Nord-Württemberg E. V.	40
	Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern	41
	Ärztekammer Nord-Baden	42
	Landesärztekammer Süd-Baden	43
Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten, 52. Woche 1949 — 3. Woche 1950		44
Beilage:	Inhaltsverzeichnis des Jahrgangs 1949 des Südwestdeutschen Ärzteblattes	

Am 18. März 1950 findet in Göppingen ein
Fortbildungs-Nachmittag statt
Näheres siehe Seite 41 dieser Nummer

Fortschritte der internen Therapie infolge neuzeitlicher pathogenetischer Auffassungen

Übersichtsreferat

von Dr. med. Helmut Speth, Innere Abteilung, Kreiskrankenhaus Ellwangen/Jagst

Besonders in der Behandlung innerer Erkrankungen sind im Laufe der Zeit grundlegende Wandlungen eingetreten. Bestimmend waren immer die zeitgebundenen Anschauungen in anatomischer bzw. pathologischer und pathogenetischer Hinsicht.

Die Grundlagen der **Humoralpathologie** waren schon in der Eukrasie (richtige Mischung der angenommenen Körperflüssigkeiten: Blut, Schleim, gelbe und schwarze Galle) und Dyskrasie von Hippokrates gegeben. Als Hauptträger des Lebens wurde das Blut betrachtet. Der Mensch wurde nach Auffassung dieser Zeit im wesentlichen von außen befallen, der Dämon spielte dabei eine gewisse Rolle. Die therapeutischen Maßnahmen bestanden demnach in der Verscheuchung des Dämons durch übernatürliche Kräfte sowie in Aderlassen, Bädern und Schröpfen.

Durch Asklepiades wurde die **Solidarpathologie** gegründet. Diese Lebensauffassung war mechanistisch. Der Körper ist aus Atomen verschiedenster Eigenschaften aufgebaut, auch die Seele ist atomgebunden. Eine Störung der Atomströmung bedingte nach dieser Zeit-auffassung Krankheit. Die Therapie war folgerichtig für sie nur mechanistischer Art und hatte sich zum Ziel gesetzt, durch Massage, aktive und passive Körperbewegungen, durch Stoffwechsellkuren und dergleichen wieder eine normale Atombewegung herzustellen.

1767 legte Cullen dem Nervensystem die Hauptbedeutung im ganzen Krankheitsgeschehen bei. Das Nervensystem wurde damals von einem Fluidum erfüllt angesehen, man glaubte, daß die Krankheit durch entsprechende Bewegungen des Äthers in diesem Nervensystem entsteht. Fast alle Krankheiten wollte man Ner-

venkrankheiten nennen, und es wurde auch diese Lehre als **Neuropathologie** bezeichnet.

Bereits 1780 hat dann Brown als charakteristisch für die lebende Substanz die Erregbarkeit (Fähigkeit auf äußere und innere Reize zu antworten) angenommen. Das Leben besteht aus einer Reihe dauernder Erregungen. Gesundheit herrscht nach dieser Anschauung, wenn Erregung und Erregbarkeit gewissermaßen in einem Gleichgewichtszustand sich befinden. Diese beiden Auffassungen von Cullen und Brown sind im Hinblick auf die hier noch zu besprechende **Neuralpathologie** unserer Tage nicht ganz ohne Interesse.

Mit der Entwicklung der experimentellen Forschung, die mit Galilei begann und durch die Einführung des Mikroskops sehr gefördert wurde, entstanden neue Vorstellungen. Die Begründung der **Cellularpathologie** durch Virchow beendete alle vitalistischen und die teilweise philosophisch beeinflussten Anschauungen. Virchow stellte die organ-pathologische Betrachtung in den Mittelpunkt. Bei dieser pathologisch-physiologischen Auffassung entstand zweifellos die Gefahr, die Symptome zu überwerten und den Gesamtzustand des Kranken zu unterschätzen. Das betont symptomatisch-analytische Denken schaffte neue selbständige Krankheitsbilder und förderte besonders auch die chirurgische Therapie, da die Behandlung im wesentlichen lokalistisch eingestellt war.

Der nächste entscheidende Schritt in der Entwicklung der Krankheitslehre war dann die **Relationspathologie** von Ricker und die **Neuralpathologie** von Speransky. Die Arbeiten Rickers befassen sich nach Kalbfleisch kaum mehr mit deskriptiver pathologischer Anatomie. Ricker beobachtete vielmehr direkt mit dem Mikroskop die örtlichen Kreislaufstörungen im Bereich der Regio pancreatica des Kaninchens unter verschiedenen Reizen und stellte durch diese grundsätzlichen Beobachtungen das bekannte Stufengesetz auf. Die überragende Bedeutung des terminalen Neuroretikulums für den terminalen Strombahnabschnitt, der aus Arteriole bzw. kleinem Arteriensegment, Kapillaren und Venulae besteht, hat Ricker in diesem Stufengesetz zum Ausdruck gebracht. Die Strombahnänderungen sind von der Größe des Reizes abhängig. Nach Ricker besteht eine gesetzmäßige Beziehung zwischen Nervenreizung, Durchblutungsverhältnissen und Veränderungen in dem Gewebe. Je nach der Reizstärke wird der ganze terminale Strombahnabschnitt (Telerrheithron) verengt (Ischämie) oder erweitert (fluxionale Hyperämie). Auf Grund von Beobachtungen an exkretorischen Drüsen konnte Ricker feststellen, daß im Assimilationsstadium ischämische Zustände und im Sekretionsstadium hyperämische Veränderungen zu beobachten sind. Die sogenannte peristatische Hyperämie, bei der die Arteriole verengt und die zugehörigen Kapillaren und Venulae immer erweitert sind, sehen wir nur unter pathologischen Bedingungen. Das krankhafte Geschehen ist also dadurch gekennzeichnet, daß die drei Teile des terminalen Strombahnabschnitts nicht gleich auf den pathol. Reiz hin reagieren. Durch den Arteriolen-Spasmus tritt eine Drosselung der Blutzufuhr und eine Verlangsamung der Strömung im kapillaren-venulären Abschnitt auf, wodurch eine Sedimentierung der Blutbestandteile, eine Diapedese von Erythrozyten und Liquor und schließlich Stase und Nekrose auftreten. Ricker betont „Physiologie und Pathologie (Pa-

thophysiology) sind Eins“. Da die meisten Krankheiten durch pathologische Kreislaufverhältnisse bedingt sind, weist Kalbfleisch mit Recht nicht nur auf die Bedeutung des Stufengesetzes, sondern auch auf die Wichtigkeit der Relation (Beziehung zwischen Nervensystem und Gewebe) hin (Dtsch. med. Wschr. Nr. 47-48/1948). Daß diese entscheidenden Feststellungen sich auf die Therapie immer mehr auswirken werden, ist selbstverständlich. Kalbfleisch sagt z. B. zur Furunkelbehandlung wörtlich: „Verfährt der Arzt nicht nach Art rein empirischer Krankenbehandlung, sondern benutzt er die Kenntnisse der Pathologie, so wird er sich z. B. überlegen, in welcher Phase der Entwicklung sich der Furunkel befindet, ob der zentrale Pfropf bereits nekrotisch ist oder ob er dessen Nekrose oder die Ablösung des Nekrotischen fördern muß. Er wird sich dann überlegen, welche Mittel er einsetzen muß, um die Nekrose zu beschleunigen, oder vielleicht solche, die in der pränekrotischen Phase die Entzündung zum Zurückgehen bringen, ehe die Nekrose eingetreten ist. Ist der Arzt Kenner der Relationspathologie, so weiß er, daß der pränekrotischen Entzündung ein peristatischer Zustand und der Nekrose Dauerstase zugrunde liegt. Diese Kreislaufstörungen in dem einen oder anderen Sinn zu beeinflussen, ist seine Aufgabe und damit zu versuchen, den schicksalhaften naturgesetzlich bestimmten Vorgang abzukürzen. Jede Krankheit ist ein Vorgang, der sich aus vielen Gliedern zusammensetzt. Um rational eingreifen zu können, muß der Arzt die Glieder kennen, also muß er in der Pathologie Bescheid wissen, sonst kann er nicht zweckmäßig handeln. Alle Versuche, diese Forderung durch Hinweis auf die ärztliche Kunst, auf die Intuition, zu überbrücken, gehen fehl. Der Arzt muß wissen: „Nichts, auch nicht das mitfühlendste Herz, kann das Nichtwissen um die Krankheit ersetzen.“

Nach der **Neuralpathologie** von Speransky (Allgemeinpathol. Schriftenreihe Heft 2: Höring und Allgemeine Pathophysiologie von A. D. Speransky; Gustav Ricker 1947) ist Krankheit Reizantwortung des Organismus unter dem entscheidenden Einfluß des Nervensystems. Speransky ist als Schüler von Pawlow ein Vertreter der experimentellen Forschung, er hat drei fundamentale Methoden bei seinen vielseitigen Versuchen angewandt. Die Gefrier-Methode („freezing“) besteht in Kälteeinwirkung durch CO₂-Dämpfe auf die Oberfläche der Großhirnrinde (Hunde) bei unversehrter Dura. Die zweite Maßnahme ist das sogenannte Liquor-Pumping (wiederholte Abnahme und Wiedereinspritzung des Liquors) und die dritte Methode besteht in der Anbringung eines Glasringes an der Schädelbasis, wodurch im Bereich des Tuberculum cinereum ein Druck ausgeübt wird, während die Hypophyse nicht beeinträchtigt wird. Die betroffene Hirnsubstanz wird durch den Fremdkörperdruck „atrophisch“.

Auf Grund der Freezing-Versuche kommt Speransky zu der Erkenntnis, daß ein typisch epileptischer Status auch ohne Rindenbeteiligung auftreten kann. Der Autor konnte bei verschiedenen Versuchsanordnungen mit Freezing vielseitige Krankheitserscheinungen auslösen, z. B. tonisch-klonische Krampfstände der Extremitätenmuskulatur, komatöse Zustände, Speichelfluß, Schlucklähmung, Haarausfall, Ekzeme, Hautgeschwüre, encephalitische Veränderungen und dergleichen mehr. Entsprechend diesen Beobachtungen sagt Speransky wörtlich: „Das Nervensystem ist ein Organ, das nicht

lokal alteriert werden kann", Ricker sagt dazu ergänzend „seine lokale Reizung und Erregung führen eine Krankheit mit sich, die, mag sie mit Genesung oder mit Tod endigen, sich entwickelt im ganzen nervalen Netzwerk“.

Durch die Pumping-Versuche wird die Blut-Liquor-Schranke aufgehoben und Speransky kommt zu der Feststellung, daß die Reizleitung im Nervensystem über die Gewebsflüssigkeit und den Liquor im besonderen geht. Tiere, die sogar intracerebral mit Virus fixe infiziert wurden, blieben am Leben, wenn nach der Infektion außer der intravenösen Antitoxinergabe Pumping vorgenommen wurde. Bei anderen Versuchen mit letalen Diphtherietoxindosen ergaben sich ähnliche überraschende Tatsachen. Nach Verabreichung einer letalen Di-Toxindosis blieben die Versuchstiere gesund, wenn 5—10 Minuten nach der Toxininjektion Pumping ausgeführt und nach 60 Minuten Antitoxin gegeben wurde. Bei schweren Scharlacherkrankungen des Menschen wurden 4—10 ccm Scharlachantitoxin in den Lendenliquor injiziert (gegenüber üblicherweise 100 bis 200 ccm i. m.) und eindeutige Erfolge festgestellt. Russische Kliniker haben über ihre Therapieerfolge bei Scharlach und Masernerkrankungen bereits ausführlich berichtet.

Nach dem dritten Eingriff (Anbringen des Glasringes) entstehen die Standardformen von Dystrophie nach Speransky: Parodontische Veränderungen beginnend um die Zahnhäule, Ulkusbildungen, Wangenbrand, Noma, Conjunktivitis, Keratitis, Schleimhautinfarzierungen des Magens und des Intestinums und dergleichen. In weiteren Versuchsreihen wurde festgestellt, daß dieselben organischen Veränderungen auftraten, wenn etwas Galle oder Krotonöl in die ganglia cervicalia suprema eingespritzt wird. Die Ganglien zeigten auch nach der Einführung des Glasringes Rötungen und Schwellungen. Speransky zog daraus den Schluß, daß die dystrophischen Vorgänge des Neurikons die gemeinsame Ursache der vielseitigen Veränderungen sind.

Für die Praxis bedeutsam sind weiter die Mitteilung von Boschi über Tetanusbehandlung mit intralumbaler Injektion von aqua dest., sowie die Fleckfieberbehandlung durch „Lumbalblockade“ (Paravertebralanästhesie) nach Wischnewsky. Das Entscheidende dieser therapeutischen Maßnahmen ist nach Höring „der Angriff am Zentralnervensystem und damit die Beeinflussung der zyklischen Ganzheitsreaktion des Wirtsorganismus“.

Speransky berichtet auch über wesentliche Besserung von bisher salicyl-resistenten Rheumatismfällen, wenn nach dem Pumping erneut Salicyl verabreicht wird. Nach Höring bringt der direkte Angriff am Zentralnervensystem „die Umstellung von torpide gewordener Hyper- zu Hyperergie mit sich“.

Nonnenbruch hat schon 1943 auf dem Kongreß für innere Medizin in Wien Krankheitsbilder (diffuse Glomerulonephritis) einer neuralpathologischen Betrachtung unterzogen. Die Arbeiten Nonnenbruchs haben die Therapie auf der Basis der Neuralpathologie erweitert („Neuralpathologische Betrachtung der Hochdruckkrankheit“, Schweiz. med. Wschr. 1949 Nr. 7, und „Die doppelseitigen Nierenerkrankungen. Eine neuralpathologische Betrachtung“, Enke Verlag 1949).

In diesem Zusammenhang muß noch kurz die lokale Anaesthesiebehandlung z. B. bei rheumatischen Krank-

heitszuständen erwähnt werden, da dieselbe ebenfalls am Nervensystem, und zwar im wesentlichen am peripheren angreift. Nach der Auffassung der meisten Autoren wird der pathologisch gesteigerte Reflexvorgang unterbrochen und dadurch der Heilungsvorgang in die Wege geleitet. Ob nur eine Abschwächung der hyperergischen Reaktion am Krankheitsherd (Höring), also periphere oder auch zentralnervöse Mechanismen ausgelöst werden, ist noch nicht eindeutig entschieden. Althoff betont in seinem Kompendium („Die therapeutische Novocainanwendung“ 1947) vom anatomischen, physiologischen und pharmakologischen Standpunkt ebenfalls die Bedeutung der pathologisch gesteigerten Reflexvorgänge. Auf Grund seiner pathogenetischen Anschauungen und seiner bisherigen therapeutischen Erfahrungen als Kliniker arbeitet Althoff klare Indikationsmöglichkeiten für die Novocainanwendung in der inneren Medizin heraus. Nach Althoff tritt durch eine Novocainfiltrierung nicht eine einseitige sympathische Lähmung auf, sondern sowohl die Organe als auch die Peripherie bleiben sympathisch und parasymphatisch erregbar. Entscheidend vielmehr nach diesem Autor ist die „Abschaltung aller übergeordneten Erregungen“ und die Begrenzung auf die „organeigene periphere Innervation“.

Abschließend zu der Besprechung der Ricker'schen **Relationspathologie** und der allgemeinen **Pathophysiologie** von Speransky wäre noch kurz der Unterschied zwischen diesen Anschauungen hervorzuheben. Während Ricker eine gesetzmäßige Beziehung zwischen Nervenreizung, Strombahnreaktion und Gewebsveränderungen in seinem Stufengesetz annimmt, vertritt Speransky wohl auch die Meinung, daß jeder Reiz, der das Körpergewebe trifft, am Nerv ansetzt, doch behauptet er eine direkte Einwirkung des Nervs auf das Gewebe. Das Blut und die vom Zentralnervensystem innervierte Strombahn sind für Speransky also praktisch ohne Bedeutung. Trotz dieser Gegensätzlichkeiten hält Kalbfleisch die Vereinigung der „beiden kongenialen Werke“ für dringend notwendig, da dieselben nicht nur Probleme lösen, sondern immer neue Probleme stellen.

Nach der Besprechung der Relations- und Neuralpathologie muß noch die **Stammhirnpathologie** von Veil und Sturm erwähnt werden. Diese beiden Autoren haben am eindruckvollsten auf die große Bedeutung der vegetativen Zentren (Diencephalosen) hingewiesen. Pathologische Veränderungen im Bereich des vegetativ-nervösen Zentralorgans (Boden des 3. Ventrikels) können nach Sturm zu schweren Störungen des Wasser- und Salzhushaltes (Diabetes insipidus) und des Fett-hushaltes (zerebrale Fett- und Magersucht) führen. Weiter können z. B. noch hormonale Mangelzustände (hypophysäre Insuffizienz, Diabetes mellitus und Tetanie), Hypertonie und Morbus Basedow durch Zwischenhirnerkrankungen bedingt sein. Die große Bedeutung des gesamten vegetativ-nervösen Apparates bei dem Abwehrkampf des mit Tbc-Bazillen infizierten Organismus stellt Sturm in einer Arbeit „Lungentuberkulose und vegetatives Nervensystem“ dar (Ztschr. f. d. ges. Inn. Med. 1947).

Die **Psychosomatische Pathologie** wird vor allem von Siebeck und von v. Weizsäcker (Psychosomatik) vertreten. Nach v. Weizsäcker (Fälle und Probleme, anthropologische Vorlesungen. — Beiträge aus der All-

gemeinen Medizin, 3. Heft 1947, Enke Verlag) ist die Psychosomatik die Medizin der Zukunft, und er glaubt, daß die naturwissenschaftliche Biologie durch solche Betrachtungsweise revolutioniert werde. Die Psychosomatik erstrebt nach v. Weizsäcker menschliche Vervollkommnung, nicht betriebsstaatliche Verwendbarkeit. Die Organkrankheiten sind nach Ausführungen dieses Autors auf dem Wiesbadener Kongreß als Äquivalent eines seelischen Vorganges in den biographischen Ablauf mit seinen menschlichen und sozialen Problemen und Konflikten einzuordnen. Mitscherlich hält eine Synthese zwischen psychosomatischer Medizin und Schulmedizin für dringend notwendig und durchaus möglich. Die Erfassung der Leib-seelischen Zusammenhänge führt zu neuen Erkenntnissen vieler Krankheitsbilder. Die v. Weizsäcker'sche Schule betont als wichtigste Voraussetzung für diese psychosomatische Therapie die Aufgabe, von der Krankheit zu verdrängten Komplexen vorzudringen. Die Konfliktsituationen, die z. B. zu Ulcus ventriculi, Kolitis, Asthma, Hypertension, Diabetes und Infektionen führen, können unter Umständen schon Jahre zurückliegen.

In einer Diskussionsbemerkung über Psychosomatik auf dem Internistenkongreß 1949 stellte v. Bergmann ebenfalls die enorme Bedeutung der Leib-Seele-Beziehung für die Entstehung und den Verlauf einer Erkrankung fest, doch wies v. Bergmann ergänzend auch auf die somatogenen Irritationen der Psyche hin und erhob die Forderung, in Gesamtsituationen denken zu lernen. Dieser Autor will, daß seine Funktionspathologie sich in die Funktionsbiologie einordnet und im Gegensatz zur analytischen Kausalbetrachtungsweise eine synthetische Biologie ist (Z. ges. Inn. Med. Nr. 13—14/1947). An die Stelle der morphologischen Veränderungen tritt der Begriff der gestörten Funktion. Die „nur funktionellen“ Störungen können erst durch diese Betrachtungsweise richtig bewertet und in den Krankheitsbegriff einbezogen werden. Der Erfassung der funktionellen Frühstadien wurde besondere Beachtung geschenkt, und die Prophylaxe wurde mehr zu einer aktiven Maßnahme entwickelt.

Für die Mutationspathologie von K. H. Bauer sind die Gen-Mutationen entscheidend. Nach K. H. Bauer beeinflussen die zytostatischen Stoffe (Mitosegifte) z. B. Kolchizin, Arsenderivate, Urethan und Stickstofflost durch Mutation die Erbkonstituenten der Zelle. Wenn wir hören, daß wie die Röntgenstrahlen (zytostatische Wirkung) physikalisch, so z. B. Benzpyren mutativ-karzinogen auf Körperzellen und karzinolytisch auf Krebszellen wirken, so eröffnen sich hier neue Möglichkeiten in Hinsicht auf Prophylaxe und Therapie maligner Tumoren. Bei der Behandlung mit karzinogenen Stoffen besteht also noch die Gefahr einer Keimzellenmutation und sekundären Karzinomentstehung (Wirkungsmechanismus: mutativ, karzinogen und karzinolytisch). Nach K. H. Bauer kann durch Kombination mit mehreren der genannten Stoffe ein synkarzinolytischer Effekt erzielt werden. Bereits auf dem letzten Internistenkongreß konnte K. H. Bauer synkarzinolytisch behandelte Karzinomkranke als geheilt vorstellen. Die Tatsache, daß bei diesen Fällen sogar ausgedehnte Metastasen sich zurückgebildet haben, war besonders überraschend. Die neue Chemotherapie der bösartigen Geschwülste ist also eine sehr wertvolle Ergänzung zu den chirurgischen und radiotherapeutischen Maßnahmen.

Von einer Therapie der Wahl kann jedoch noch nicht gesprochen werden.

Schinz (Radiotherapeutische Klinik Zürich) berichtet ausführlich über kankerogene, kancerizide, mutagene und morphogene Strahlen und Stoffe im Mitoseversuch (Dtsch. med. Wschr. Nr. 45—46/1949). Da wir mehrere Krebsursachen kennen, spricht Schinz von einer Polyätiologie für die Krebsgenese. „Die Ursachen sind das Aktionssystem und die Zellen das Reaktionssystem. Beide stehen in fortgesetzter Wechselwirkung.“ Zunächst nimmt Schinz zur klassischen Reiztheorie Stellung. Der Ausgangspunkt für die Mutationstheorie der Krebsentstehung ist nach diesem Autor immer eine Zelle, in der durch ein Strahlenquant oder ein Molekül ein „Treffer“ an einer bestimmten Stelle des Zellgefüges erzeugt wird. Es handelt sich also um einen Elementarprozeß im Sinne der Mikrophysik. Diese Treffertheorie beruht auf statistischen Gesetzen. Nach Schinz steht der Beweis für die somatische Mutation als Krebsursache noch aus. Als dritten Mechanismus erwähnt Schinz die Induktions- oder Determinationstheorie (irreversible Determination durch freigesetzte zelleigene Stoffe) und als letzte Möglichkeit in seiner pathogenetischen Betrachtung die Umprägungs- oder Virustheorie.

Die Quantenbiologie (Quantenpathologie) wurde in den letzten Jahren von den theoretischen Physikern Niels Bohr und Pascual Jordan entwickelt. Diese Entwicklung war erst möglich, nachdem vor allem durch die Plancksche Quantentheorie neben der klassischen Physik (Galilei, G. Bruno und Newton) die Mikro- oder Atomphysik geschaffen wurde. Die Teilbarkeit von Masse und Energie sind in diesem mikrophysikalischen Geschehen begrenzt. In diesem Bereich erfolgt das Geschehen unstet, sprunghaft in Form von Quantensprüngen („Alles-oder-Nichts-Gesetz“). N. Bohr hat die Frage gestellt, ob der Quantensprung sich im biologischen Geschehen auswirken kann.

Dieses sprunghafte Geschehen ist in der Makrophysik nur zu beobachten, wenn das molekular-atomare Geschehen durch verstärkende Versuchsanordnungen wahrnehmbar bzw. meßbar gemacht wird. Für die Makrophysik gilt der Grundsatz: *Natura non facit saltus!* In der Quantenbiologie können wir ohne diese verstärkende Versuchsanordnung quantenphysikalisches sprunghaftes Geschehen „in den Bereich unserer Sinneswahrnehmung hinein“ (Höring) feststellen, z. B. Absterben von Kolibazillen durch Ultraviolettbestrahlung, und zwar hat es sich gezeigt, daß „ein einziges ultraviolettes Quant die Tötung bewirkt“ (Zitat nach K. v. Neergaard). Die Lebensfunktionen müssen also von einem mikrophysikalischen Steuerungszentrum in der Zelle abhängen. Auch an Fliegeneiern wurden solche „Eintreffertötungen“ beobachtet. Ein weiteres Beispiel für ein sprunghaftes Geschehen nach dem „Alles-oder-Nichts-Gesetz“ ist die Erregung eines Netzhautstäbchens durch ein einziges Lichtquant. Wohl über die nervös psychische Verstärkung kommt es zur Empfindung des Lichteindrucks. Die Quantenbiologie hat auch bestätigt, daß die Mutation in der Erbbiologie durch Änderung eines Gens bedingt ist. Nachdem das Virus, das an der Grenze von Belebtem und Unbelebtem steht, als ein „nacktes selbständiges Gen“ bezeichnet wurde, erkennt man die enge Beziehung von der Virusforschung zur Quantenbiologie.

In der Einführung in die **Pathogenese der Infektionskrankheiten** unterscheidet H ö r i n g (Klinische Infektionslehre 1948) Lokalinfektionskrankheiten und zyklische Infektionskrankheiten.

Charakteristische Eigenschaften der Lokalinfektionskrankheiten (z. B. Angina, Scharlach, Diphtherie, Tetanus, Botulismus, Bazillenruhr, Wundinfektion, Gonorrhoe u. dgl.) sind: zeitlich nicht normierte Organmanifestationen mit ebenfalls nicht normierter Inkubationszeit, keine Krankheitsimmunität, Möglichkeit von Superinfektionen, vorwiegend bakterielle Krankheiten. Demgegenüber sind die wichtigsten Eigenschaften der zyklischen Infektionskrankheiten (z. B. Tuberkulose, Syphilis, Malaria, Typhus, Fleckfieber, Masern, Keuchhusten, Lobärpneumonie u. dgl.): Stadienverlauf (normierte Inkubationszeit, Generalisations- und Organmanifestationsstadium), Konstitution und Disposition des Wirts sind bestimmend für Krankheitschwere und Dauer der Erkrankung, Überführung von Normergie über Hyper- und Hypergie zur positiven Anergie, über die Ganzheitsreaktion des Organismus wird Krankheitsimmunität erreicht.

Nach H ö r i n g unterliegen alle Lokalinfektionskrankheiten dem Massenwirkungsgesetz (makrophysikalisches Geschehen) und die sogenannten zyklischen Infektionskrankheiten (vorwiegend Viruskrankheiten) dem „Alles-oder-Nichts-Gesetz“ (mikrophysikalisches Geschehen). Nach der neuen Infektionslehre (H ö r i n g) ist der Kampf zwischen Wirt und Keim, also zwischen Makro- und Mikroorganismus als „ein gegenseitiger Anpassungsprozeß mit dem Ziel der Schaffung einer ausgeglichenen Symbiose“ aufzufassen. Der Animismus der Infektionsstoffe, der Ätiologismus (Überwertung der Kausalität) und der „Parasitismus der Erreger“ weichen der Vorstellung der Gleichgewichtsstörung.

Bezüglich des Fortschritts gegenüber der klassisch-mechanistischen Infektionslehre sagt H ö r i n g weiter wörtlich: „Die Infektionsstoffe verlieren damit die hypnotische Kraft, die von ihrer belebten Sonderexistenz und ihren spezifischen Giftwirkungen ausging, und das Problem der Infektionslehre tritt wieder klar und deutlich hervor, dessen Lösung noch immer recht fern liegt: die Empfänglichkeit des Wirts, d. h. die Grundlagen seiner Struktur. Das Wesentliche menschlicher Krankheiten darf nicht in deren „Ursachen“ (Kausalität), sondern muß in Bau und Funktion des Menschen und seiner Veränderlichkeit in der Zeit gesucht werden. Die quantenbiologische Forschung dürfte berufen sein, uns hier weiterzubringen.“

Die „Therapia sterilisans magna“ stellte um die Jahrhundertwende (Höhepunkt der mechanistischen Naturphilosophie einen enormen Fortschritt dar. Trotz der bedeutsamen wissenschaftlichen Erkenntnisse der letzten Jahrzehnte und der teilweise erfolglosen kausalen-ätiologischen Therapie (Serumbehandlung z. B. gegen Pneumonie, Meningitis epidemica u. a., spez. Immunisierungsverfahren, z. B. Vakzine, Antivirus u. dgl.) werden auch heute noch kausalwurzelnde gute therapeutische Heilmethoden kritiklos verallgemeinert, z. B. Sulfonamide und Penicillin. Die ätiologischen Maßnahmen (Sero- und Chemotherapie einschl. Penicillin) sind nach H ö r i n g nur bei Lokalinfektionen und tertiären Lokalmanifestationsstadien zyklischer Infektionskrankheiten erfolgreich. Bei den zyklischen Infektionskrankheiten sind spezifische Maßnahmen (Impfungen) höch-

stens in der Inkubation noch angezeigt, im Generalisationsstadium sind diese Therapieversuche erfolglos, und erst im sogenannten Tertiärstadium (Lokalmanifestation) sind besondere chemotherapeutische Beeinflussungen möglich. Wichtig ist nun, daß vor allem im Generalisationsstadium mit unspezifischen Maßnahmen durch Beeinflussung der ganzheitlichen Regulationsvorgänge das Krankheitsgeschehen sehr günstig beeinflusst werden kann, z. B. unspez. Fieberschockbehandlung (Pyripher) im Generalisationsstadium des Typhus. Wir sehen also auch hier wieder im Rahmen dieser Infektionsbetrachtung die enge notwendige Beziehung zwischen pathogenetischer Vorstellung und therapeutischen Maßnahmen.

Grote betont in seiner **Chronopathologie**, daß für das physiologische und pathologische Geschehen die Untersuchungen der substantiellen Veränderungen und die Psychologie nicht ausreichend sind. Für das Wesen des Lebens ist der Zeitfaktor entscheidend. Denken wir nur an die Perioden (das sind sich wiederholende Vorgänge, z. B. Tagesperiodik von Körpertemperatur, Kreislauf, Atmung, Sekretion der Vorstehdrüsen, sowie Abhängigkeit der Stimmung und der geistigen Leistungsfähigkeit) und an die Phasen (einmal auftretende Vorgänge). Bestimmend für diese ange deuteten Vorgänge ist letztlich die Periodik in der „Empfänglichkeit und der Reizverarbeitung des vegetativen Systems, sowie in seinen peripheren Empfangsorganen wie in den Zentren seiner Regulationen“. Diese Periodik des gesamten vegetativen Nervenapparates ist sehr bedeutsam für unsere therapeutischen Maßnahmen (physikalische und diätetische Behandlung, Psychotherapie und chirurgische Therapie). Besonders wir Internisten wissen, daß es nicht gleichgültig ist, zu welchem Zeitpunkt, d. h. in welcher vegetativen Tonuslage verordnete Medikamente, z. B. Digitalispräparate, Diuretika, Hormone u. dgl. verabreicht werden. Grote warf die Frage auf, ob nicht durch das Studium der Perioden und Phasen die neuen Erkenntnisse der Atomphysik für die biologischen Betrachtungen förderlich werden könnten. Für jeden Fall kann eine positive Annäherung der Physik an die Biologie erreicht werden, wenn die erstere als vierte Dimension die Zeit berücksichtigt.

Durch die K. v. N e e r g a a r d sche dynamische **Reaktionspathologie** ist eine neue, autonome Heilkunde geschaffen worden. Die drei wichtigsten, ordnenden Prinzipien dieser Pathologie sind: die Virchowsche Morphologie, Krehls pathologische Physiologie und die funktionelle Pathologie v. Bergmanns. Die dynamische Reaktionspathologie umfaßt auch die Erb- und Konstitutionspathologie sowie die Korrelationspathologie (Henschen). Das Bedeutsame der bisherigen Arbeitsrichtungen ist somit in dem neuen Begriff v. N e e r g a a r d s enthalten.

Die neuen Ergebnisse der naturwissenschaftlichen Grundlagenforschung müssen auch in besonderer Form in der Medizin berücksichtigt werden, vor allem die Bedeutung der modernen Physik und der theoretischen Biologie darf nicht vergessen werden.

v. N e e r g a a r d glaubt, mit dieser ganzheitlichen, dynamischen Betrachtung eine Vereinigung der Schulmedizin mit der Naturheilmedizin, und zwar auf der Basis der veränderten Grundlagenforschung als „Synthese auf höherer Ebene“ anstreben zu können. v. N e e r g a a r d sagt wörtlich: „Die Feststellung der

Unzulänglichkeit und Einseitigkeit der bisher richtungsgebundenen Begriffe ist kein Vorwurf, sondern nur Ausdruck der Tatsache, daß jede Epoche ihre besonderen Arbeitsaufgaben zu erfüllen hat." v. Bergmann sagt: „Wir stehen in einer diagnostischen und therapeutischen Wandlung von solchem Ausmaß, wie sie uns noch gar nicht zum Bewußtsein kommt.“

Worin besteht nun die Bedeutung dieser dynamischen Reaktionspathologie für die Therapie?

Bei allen therapeutischen Maßnahmen muß neben der Ausschaltung der kausalen Faktoren vor allem die Gegenreaktion des gesamten Organismus aktiviert werden. Über die Diagnose der Organerkrankungen wird der Begriff der **Reaktionsdiagnose** gestellt. Auch v. Neergaard betont, daß bei den Infektionskrankheiten nicht nur die Anpassung des Organismus, sondern auch die der Erreger beachtet werden muß, denn es handelt sich ja um ein echtes biologisches Geschehen. Der Krankheitsbegriff, der durch diese reaktionspathologische Betrachtung geschaffen wurde, berücksichtigt die Komplementarität der Physiologie und Pathologie. Allen vorbeugenden Maßnahmen und der Frühbehandlung wird deshalb eine ganz besondere Beachtung geschenkt. Es wird zwischen der sogenannten **Expositionsprophylaxe** (Schutz vor Schädigungen und Ansteckungen) und der **Reaktionsprophylaxe** (Frühbehandlung), d. h. „Wiedererlangung eines Funktions- und Reaktionszustandes, wie er dem Leben in freier Natur entsprechen würde“ unterschieden. Die Erholung spielt im Rahmen der Reaktionspathologie folgerichtig eine große Rolle. Die aktive Reaktion des Organismus wurde von v. Bergmann schon berücksichtigt bei der Behandlung der Tuberkulose im Höhenklima. Bei den Kneippischen Maßnahmen handelt es sich um eine unspezifische Desensibilisierung (immunbiologisch) und eine Aktivierung von torpiden Infekten (vgl. auch Lampertsche Hyperthermiebehandlung und Malariatherapie der Neuro-Lues).

In diesem Zusammenhang muß auch die finnische Sauna, die während des Feldzuges im Osten eine so große erfolgreiche Rolle spielte, erwähnt werden. Es handelt sich fraglos dabei um eine sehr intensive Beeinflussung des gesamten vegetativen Nervensystems.

Infolge der ganzheitlichen Betrachtung wird als Erziehung zur Gemeinschaft der **Gruppensport** über den **Einzel-sport** gestellt. Keine schematische Gymnastik mit „kollektiven Freiübungen“, keine zu starke

Bindung an künstliche Geräte, keine einseitigen Rekordleistungen, sondern Gruppensport nach dem Grundsatz des **Ausgleichssportes** mit harmonischer Entfaltung des einzelnen.

Von sehr großer, auch sozialer Bedeutung ist weiter das Problem der Störungen des Alters und das der Frühinvalidität.

Abschließend muß ganz allgemein auf die grundsätzliche Bedeutung der dynamischen Reaktionspathologie bezüglich der Therapie hingewiesen werden. Der rein wissenschaftlich ausgerichteten Medizin macht man immer noch nicht ganz zu Unrecht den Vorwurf, daß sie durch die Überbewertung der reinen Organdiagnostik zum Nihilismus in therapeutischer Hinsicht führt. Dem mechanistischen Denken entspricht mehr die passive symptomatische Behandlung und die Substitutionstherapie („Ersatzteil-Medizin“, „hormonale Prothesen“). Demgegenüber wird durch die v. Neergaard'sche Reaktionspathologie vor allem die aktive Allgemeinbehandlung (Reaktionstherapie) gefördert. Die oft überbewerteten seltenen lokalistischen Erkrankungen („Raritäten-nimbus“) verlieren durch die dynamische Betrachtung an Bedeutung gegenüber den für die Praxis wichtigen häufigen Erkrankungen. v. Neergaard sagt wörtlich: „Im Rahmen der dynamischen Reaktionspathologie ist aber für die Behandlungsart und Dosierung die wechselnde Reaktionslage noch wichtiger als der morphologische und funktionelle Organbefund“ und „so wird sich die biologische Medizin als Wissenschaft auf dem neuen Fundament der Grundlagenforschung und der Erhaltung und Einbau der wertvollen Ergebnisse der mechanistischen Epoche entwickeln.“

Diese pathogenetischen Betrachtungen lassen erkennen, daß das Krankheitsgeschehen seine Eigengesetzlichkeit hat und deshalb die Medizin unserer Tage nicht nur reine angewandte Naturwissenschaft im engeren Sinne sein darf und kann. Die erfolgreiche Entwicklung der Medizin durch die mechanistische Betrachtung muß anerkannt werden, doch dürfen wir uns nicht durch überhebliches einseitiges Streben und durch Überschätzung der durch die exakten Wissenschaften gewonnenen Teilerkenntnisse der umfassenderen pathobiologisch orientierten Medizin verschließen. Das Leben tritt uns in seiner biologischen Komplementarität (Struktur und Funktion) entgegen. Die neue Denkweise der modernen Physik und Biologie wird die zukünftige Medizin entscheidend beeinflussen.

Peteosthor¹

Von Prof. Dr. Harry Scholz, Stuttgart

Das Peteosthor genannte Mittel hat bisher die ärztliche Welt nur beunruhigt, nachdem in einer illustrierten Zeitschrift eine Bildreportage erschienen war, die wohl geeignet war, Mißtrauen zu wecken. Versuche, eine kritische Aussprache herbeizuführen, schlugen fehl. Arndt berichtete auf der Orthopädentagung 1947 über vergebliche Bemühungen, eine sachliche Prüfung des Mittels zu erlangen (Tuberkulosearzt 1: 84 [1947]). Zu Schwert

¹ Dr. Paul Troch: „Peteosthor.“ Neue Wege des Heilens. 8^o. 200 Seiten mit 153 größtenteils farbigen Abbildungen. Verlag Friedr. Vieweg & Sohn, Braunschweig. Preis in Halbleinen 19,50 DM.

(Tuberkulosearzt 2: 534 [1948]) erwähnte die Möglichkeit eines Heilerfolgs bei Knochen- und Gelenktuberkulose.

Es ist deshalb sehr zu begrüßen, daß nunmehr — länger als 3½ Jahre nach Fertigstellung des Manuskripts — eine Abhandlung erschienen ist, in der Troch über seine auf sorgfältigen experimentellen Untersuchungen aufgebauten Versuche berichtet, zu „neuen Wegen des Heilens“ bei neoplastischen Erkrankungen, einschließlich leukämischen und polycythämischen Blutveränderungen, bei Tuberkulose zu gelangen. Aus einer ausgedehnten Landpraxis durch langdauernde Krankheit herausgerissen, fand er in der chirurgischen Universitäts-

linik in Hamburg-Eppendorf (Prof. Konjetzny) eine Arbeitsstätte, an der er die Folgerichtigkeit seiner Gedankengänge experimentell begründen konnte. Der Leiter des Hamburger pharmakologischen Instituts, Prof. Keeser, äußert in einem Vorwort, daß nach den durchgeführten Untersuchungen die von Troch vorgeschlagene Behandlungsmethode jeder möglichen Förderung würdig erscheint, da sie imstande war, einen Weg zu praktischen Ergebnissen zu zeigen, die mit andern Mitteln in der Therapie von neoplastischen Krankheiten offenbar noch nicht erzielt werden können.

Troch gibt als sein Ziel an, „einen kurzlebigen radioaktiven α -Strahler bei intravenöser Verabreichung selektiv in die kranken Gewebe zu steuern, dort zu speichern und bis zur Zerstörung dieser einwirken zu lassen“. Bei dem Suchen nach einem geeigneten Medikament griff er auf Ergebnisse einer gemeinsam mit Conrad 1911—1912 im Hygienischen Institut in Halle zustandekommenen Veröffentlichung zurück, die einen Tellurnährboden für die Kultur von Diphtheriebazillen beschrieb; darin wurde die gelungene Vitalspeicherung eines Metalls in den Redoxydationszentren der Diphtheriebazillen mitgeteilt. Für seine neuerliche Arbeit stellte Troch eine Arbeitshypothese auf, die von der Annahme einer starken elektronegativen Ladung der Geschwulstzellen und körperfeindlichen Bazillen ausgeht, während bei differenzierten „in Harmonie mit dem Gesamtorganismus lebenden Zellen“ im Inneren die positive Ladung überwiegt. „Wenn es gelungen sein sollte, den Strahler an die stark positiv geladenen Kolloidteilchen etwa adsorptiv zu binden, dann wäre eine gewisse Wahrscheinlichkeit dafür vorhanden, daß diese Aggregate vorzugsweise in den negativ geladenen Zellen gespeichert würden.“ (S. 5.) Diese Hypothese ist zwar noch nicht in allen Teilen experimentell geprüft, hat sich Troch aber bei allen bisherigen Arbeiten bewährt.

Bei der Schaffung des Medikaments war zu beachten, daß es in intravenöser Injektion therapeutisch erforderlicher Dosen weder dem Blut noch den Keimdrüsen noch den Entgiftungs- und Ausscheidungsorganen „wesentlichen Schaden“ zufügt. Ferner sollte das in den Tumorzellen angereicherte Medikament die Einwirkung von therapeutischen Strahlen auf das Geschwulstgewebe durch Erzeugung von Sekundärstrahlen erhöhen. Aktivierung des retikulo-endothelialen Systems zur Steigerung der Abwehrkräfte und katalytische Beschleunigung des Abbaus der zerstörten Gewebemassen durch das Medikament waren weitere Anforderungen, wozu noch die Unterstützung durch allgemeine diätetische, klimatische, balneologische Heilfaktoren neben der seelischen Führung durch den Arzt als wichtige Ergänzungen treten mußte.

Troch ließ unter Berücksichtigung aller dieser Erwägungen von der Firma Böhringer und Söhne in Mannheim-Waldhof aus chemisch reinem Platin ein Sol mit Dibromdinitrofluorescein-Natrium („Eosin bläulich“) herstellen, das nach den Bestandteilen „Peteos“ genannt wurde. Zu einer Ampulle Peteos, welche in 3 ccm Flüssigkeit 0,05 g feinst disperses kolloides Platin und 0,2 g Eosin enthält, gibt man kurz vor Gebrauch 500 elektrostatische Einheiten Thorium X in 1 ccm Aq. dest. redest. steril und hat nach guter Vermischung dann 4 ccm „Peteosthor“ zur Injektion bereit. Beim radioaktiven Zerfall des kurzlebigen Thorium X (Halbwert-

zeit 3,64 Tage) sind die α -Strahlen die Hauptträger der Zerfallsenergie; ihre therapeutische Kraft ist begrenzt durch geringe Tiefenwirkung. Bei Einwirkung der α -Strahlen auf krankhaft vermehrte stark elektronegativ geladene Geschwulstzellen wird ein außerordentlich großer biologischer Effekt zu erwarten sein.

Die Prüfung der bakteriziden Wirkung an jungen Hefekulturen ergab, daß das Peteosthor die Pilze abtötet. Auch die gegenüber äußeren Einwirkungen ziemlich resistenten Aktinomycespilze werden abgetötet bzw. in Verdünnungen bei längerer Einwirkung intensiv geschädigt. Trypanosomen werden schnell bewegungsunfähig und lassen Speicherung von Peteosthor erkennen. Die Keimfähigkeit von Weizenkörnern wird vernichtet, wobei der Grad der Verdünnung und die Länge der Einwirkung von Bedeutung sind. Weitere Versuche an jungen Weizenwurzeln zeigten hemmende Effekte. Bei allen Prüfungen wurden außer dem Peteosthor auch die einzelnen Komponenten allein oder in unvollständiger Kombination untersucht. Dunkelfeldpräparate und gefärbte Schnitte von behandelten Hyazinthenwurzeln zeigten starke Kernschädigungen, insbesondere der Mitosen, und Denaturierung des Protoplasmas. An Jensen-Sarkomen von Ratten wurde spektrographisch der Nachweis von Platin nach i. v. Injektion von Peteosthor einwandfrei erbracht und durch quantitative Analyse auf kolorimetrischem Wege die Verteilung des Platins in den einzelnen Körperteilen festgestellt, wobei in der Leber die größte Menge nachweisbar war. Die Vitalspeicherung ließ sich an Krebszellen im Dunkelfeldmikroskop durch intensive Leuchteffekte erkennen, die von dem in den Kernen aufgenommenen Platin und Thorium X herrührten. Probeexzisionen von einem Portiokarzinom vor und nach der Injektion bewiesen die durch das Peteosthor eingetretene Zerstörung des Zellgefüges und die Anfüllung der Kerne mit strahlenden Korpuskeln. Gleichartige Bilder wurden vom Mammakarzinom und Zungenkrebs erhalten. Mikroskopische Präparate von krebsigen Tumoren verschiedener Organlokalisation vor und nach der Peteosthorinjektion ließen erkennen, daß sich nach der Behandlung auf dem Boden zugrundegehender Geschwulstzellen, oft unter gleichzeitiger Entwicklung eines ausgiebigen Kapillarnetzes ausgedehnte Stränge fibrösen frischen Gewebes bilden. An Jensen-Sarkomen konnte ferner die selektive Wirkung des Peteosthor ausschließlich am Tumorgewebe gezeigt werden. Auch an einem Fibroadenom der Prostata, dessen Träger an einer Pneumonie verstarb, konnte autoptisch die Beschränkung der Strahlenwirkung auf das Tumorgewebe unter Schonung der normalen Drüsenstruktur festgestellt werden.

Zu den bösartigen Geschwulstbildungen rechnet Troch auch die leukämischen Blutkrankheiten. Es gelang ihm, bei chronischer lymphatischer und myeloischer Leukämie ausschließlich eine die pathologischen Zellen betreffende mikroskopisch deutliche Beeinflussung nach i. v. Peteosthorinjektionen nachzuweisen. Bei der Erythraemie wirkt das Mittel unter Schonung der übrigen Zellelemente des Bluts spezifisch auf die pathologisch vermehrten Erythrozyten, in denen Vakuolisierung, Lyse und Resorption beobachtet wurden.

Nach den vorbereitenden Arbeiten wurde an die Behandlung von Geschwulstkranken mit Peteosthor gegangen. Auch bei gutartigen Tumoren ließen sich

bemerkenswerte Erfolge erzielen. So wird über drei Kranke mit benignen Strumen berichtet, von denen eine vorher, eine gleichzeitig mit den Injektionen Röntgenbestrahlungen erhielten, nur die dritte ausschließlich Peteosthor. Bei allen wurde ein guter Erfolg erreicht. Sehr gut wirkte das Mittel zur Beseitigung von ausgedehntem Warzenbefall an den Händen, bei stark ulzerierter Trichophytie u. a. Vor allem aber waren die Effekte bei Karzinomen der Mamma, Portio, Lippe eindrucksvoll, bei denen eine Röntgentherapie keine wesentlichen Veränderungen herbeigeführt hatten. Mit einem gewissen Vorbehalt wird über die Heilung eines Magenkarzinoms berichtet.

Troch hatte schon früher begonnen, die Peteosthorbehandlung auf tuberkulöse Krankheiten auszudehnen. Er nahm an, daß dieses Mittel gemäß seiner physikochemischen Natur ebenso wie gegenüber den Tumoren auch eine Affinität zu den tuberkulösen Herdkrankungen besitzen und vermöge seiner katalytischen und ionisierenden Eigenschaften eine schädigende Wirkung auf die elektronegativ geladenen Tuberkelbazillen und undifferenzierten Zellen im Krankheitsgebiet unter gleichzeitiger Mobilisierung des Retikuloendothels ausüben könnte. Zunächst wurden Versuche an Bazillenkulturen durchgeführt. Sie ergaben nach einer gewissen Dauer der Einwirkung an humanen, bovinen und Hühnertuberkelbazillen Zerstörung der Membran und des Plasmas der Bakterien, was ultramikroskopisch nachgewiesen wurde. In Tuberkeln eines an Meningitis verstorbenen Kindes wurde im Dunkelfeld Speicherung von Peteosthor erwiesen. Tierversuche an Meerschweinchen und Kaninchen bei experimenteller Infektion zeigten ausgesprochene Heilungstendenz der Krankheitsprodukte und Schädigung der Tuberkelbazillen. Auf Grund dieser Vorversuche wurde die Behandlung mehrerer an extrapulmonaler Tuberkulose erkrankter Personen begonnen. Die günstige Wirkung bei Hand- und Ellenbogen gelenktuberkulose wird durch Röntgenbilder und Farbphotographien veranschaulicht. Das gleiche gelang bei fistelnder Achseldrüsentuberkulose und Hauttuberkulose (Tuberkulide und Lupus).

In einem Nachtrag $3\frac{1}{2}$ Jahre nach Abgabe des Manuskripts teilt Troch weitere Beobachtungen mit, die sich bei fortgesetzter Behandlung von Tuberkulosekranken ergeben haben. Die Herstellung einer einwandfreien stabilen kolloidalen Platinlösung von guter Verträglichkeit und großer Wirkungsbreite ist mit großen Schwierigkeiten verbunden. Infolge feinsten Veränderungen im Aufbau des Sols muß mit Nebenwirkungen gerechnet werden, die sich, vor allem bei jugendlichen Kranken, in folgender Weise äußern können: ängstlicher Gesichtsausdruck, bald auftretende Unruhe, Rötung der Gesichtshaut, die sich absteigend ausbreitet, Übelkeit, Kopfschmerz, Schweißausbruch, leicht unterdrückbarer Puls, beschleunigte etwas erschwerte Atmung, Hustenreiz. Alle Erscheinungen gehen, die Hyperämie sehr rasch, allmählich zurück. Am Abend des Tages ist bei allgemeinem Wohlbefinden die Temperatur leicht erhöht. Diese Erscheinungen sind vor allem bei Kindern mit lymphatischer Konstitution aufgetreten und lassen sich durch Darreichung einer dem Alter entsprechenden Anzahl von Luminaletten und Sympatoltropfen verhüten; bei gefäßlabilen Patienten wird Sympatol kombiniert mit Veriazol in entsprechender Menge eine halbe Stunde vor der Einspritzung gegeben.

Die Zubereitung der gebrauchsfertigen Lösung geschieht kurz vor der intravenösen Injektion, indem man mit einer 5 ccm fassenden (Loeb-)Spritze mit seitlichem Konus aus einer besonderen Ampulle die jedesmal vorgesehene in einer bestimmten Menge aq. redestill. enthaltene Dosis Thorium X und danach eine bestimmte Menge Peteos aus Ampullen zu 2 ccm aufzieht und vorsichtig mischt. Die Dosis für Erwachsene beträgt durchschnittlich 400 elektrostatische Einheiten in 1 ccm aq. redest. und 2 Ampullen = 4 ccm Peteos. Diese Dosis wird bei Erwachsenen je nach der Größe des Herds und der Leukozytenzahl 1—2mal wöchentlich gegeben; größere Kinder erhalten die Hälfte, kleinere ein Viertel. Die Injektionen erfolgen langsam, in etwa 2 Minuten, mit feiner Rekordkanüle. Körpergewicht und Aktivität des Prozesses müssen bei der Berechnung der Gaben berücksichtigt werden. Bei zunehmender Besserung werden die Mengen kleiner gehalten, die Intervalle zwischen den Behandlungen größer. Sollte eine i. v. Injektion nicht gelingen, so wird das Mittel intramuskulär gegeben, langsam und unter gründlichem Verreiben an der Injektionsstelle. In das subkutane Fettgewebe soll kein Peteosthor gelangen. Bei tuberkulösen Gelenkerkrankungen wird abwechselnd intravenös und intraartikulär behandelt. Für intraartikuläre Therapie, aber nur für diese, ist ein verstärktes Tu-Peteos angegeben, das gleichzeitig auf Begleitbakterien bei Mischinfektion wirkt. Der bei allen radioaktiven Mitteln mögliche Leukozytensturz ist weniger zu fürchten, wenn die Behandelten während der ganzen Zeit reichlich tierisches Eiweiß erhalten; außerdem kann die Leukozytenproduktion durch i. m. Verabreichung von Granuzytan, durch Bluttransfusionen, orale Gaben von Perfolin „Lederle“, von Nährhefe, Spinatflüssigkeit (die alle Folsäure enthalten) angeregt werden. Bei Absinken der Leukozytenwerte unter 3000 wird mit der Peteosthorverabreichung kurze Zeit pausiert und die Behandlung erst nach eingetretener Zunahme der weißen Blutkörperchen mit zunächst halben Dosen wieder aufgenommen.

Eine absolute Kontraindikation stellt die Schwangerschaft dar. Bei Meningitis tuberculosa war bisher kein Erfolg zu verzeichnen. Auch bei Darmtuberkulose ergaben sich keine wesentlichen Aussichten. Über das Resultat zahlreicher Behandlungsversuche wird deshalb noch nicht berichtet, weil die Wirksamkeit des Mittels erst durch größere Serien erfolgreicher Fälle bekräftigt werden muß. Ein Fall von Bechterewscher Krankheit wurde mit Peteosthor vollständig geheilt. Mit R. Abderhalden zusammen wurde festgestellt, daß durch Injektionen von Peteosthor bei Tuberkulösen, die keine gegen Tuberkelbazilleneiweiß gerichteten Abwehrfermente ausschieden, das Auftreten von hochspezifischen Abwehrproteinasen im Harn hervorgerufen werden kann.

Der Inhalt des Buchs wurde mit Erlaubnis der Schriftleitung ausführlich referiert. Das Mittel soll, wie im Vorwort von Keeser gesagt wurde, einen Weg zu praktischen Ergebnissen finden lassen, die bis heute noch nicht erzielt werden konnten. Die Peteosthorbehandlung ist eine gezielte Strahlentherapie der kranken Zellen mit Schonung der gesunden. Unerwünschte schädliche Wirkungen, bei denen für Jugendliche wohl noch Störungen in der Epiphysenzone des Knochens erwähnt werden müssen, lassen sich anscheinend größtenteils vermeiden. Die experimentellen Vorarbeiten sind

mit einer allen Ansprüchen gerecht werdenden Gründlichkeit geleistet. Die klinischen Versuche sind vielversprechend ausgefallen. Jetzt muß die vom Autor mit kritischer Zurückhaltung geforderte praktische Erprobung im großen einschließlich methodischer Vervollkommnung abgewartet werden. Erst diese wird die Entscheidung bringen, ob die Peteosthorbehandlung als wertvoller Zuwachs unseres therapeutischen Rüstzeugs berufen sein wird, uns auf neuen Wegen des Heilens zu bisher unerreichten Erfolgen zu führen.

Anm. bei der Korrektur: Fürmaier (Dtsch. med. Wchschr. 74: 1521 [1949]) berichtet über Nachuntersuchung von 20 durch Troch selbst behandelte Kranke mit Knochen- und Gelenktuberkulose, wobei sich kein Anhaltspunkt auch nur für geringfügige Besserung zeigte. — Misgeld (Ther. Gegenw. H. 11: 349 [1949]) erwähnt Demonstration geheilter Gelenkfälle in einer Sitzung in Göttingen. Troch selbst hat in einer neuen Arbeit (D. med. Rdsch. 3: 1154 [1949]) angegeben, daß das früher verwendete Präparat durch ein neues „durchentwickeltes“ Peteosthor ersetzt worden ist; die damit begonnenen Kontrolluntersuchungen sind noch nicht abgeschlossen. Die Behandlung der Lungentuberkulose ist erst im Beginn.

Aus der Dienststelle des Staatl. Gewerbeärztes Stuttgart

Die ärztliche Anzeige über eine Berufskrankheit

Von Medizinalrat Dr. Rudolf H o s c h e k, Stuttgart

Bei meiner Gutachtertätigkeit ist mir aufgefallen, daß sehr vielen Kollegen die Verordnungen, die sich mit der Entschädigung der Berufskrankheiten befassen, nur noch sehr ungenau oder anscheinend auch gar nicht bekannt sind. Dies ist nicht weiter verwunderlich, da die letzte Verordnung (VO.), die eine erweiterte Liste der entschädigungspflichtigen Berufskrankheiten (BK.) gebracht hat, 1943 erschienen ist und daher zweifellos bei manchen Kollegen im Drange der Kriegereignisse mit ihren mannigfaltigen Problemen in den Hintergrund treten mußte. Mancher Kollege war damals außerdem eingedrückt und hat die VO. nicht zu Gesicht bekommen, und die jungen Kollegen haben davon nichts erfahren, da unsere Universitäten im Gegensatz zu anderen Kulturstaaten die Arbeitsmedizin noch nicht als selbständiges Lehr- und Prüfungsfach in ihren Studienplan aufgenommen haben. Da das Verfahren auf der Mitarbeit aller praktizierenden Kollegen aufgebaut ist und ihnen darin ein sehr schönes Tätigkeitsfeld gegeben wäre, ist dies nicht nur im Interesse der Versicherten zu bedauern, welche dadurch häufig wirtschaftliche Nachteile erleiden.

Alle Arbeiter und Angestellten sind auch gegen Betriebsunfälle versichert¹⁾. Nach der zur Zeit bei uns noch gültigen „Dritten VO. über Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten“ vom 16. Dezember 1936 (RGBl. I S. 1117) in der Fassung der Vierten VO. vom 29. Januar 1943 (RGBl. I S. 85) sind die in der Liste (s. u.) erfaßten Berufskrankheiten (BK.) den Unfällen gleichgestellt. Die Träger der Reichsunfallversicherung sind die Berufsgenossenschaften, die nach Industriezweigen unterteilt sind.

Die Leistungen der Unfallversicherung gehen wesentlich weiter als die der Krankenversicherung: Eine Rente wegen Erwerbsminderung infolge einer Berufskrankheit kann schon ab 20% gewährt werden, während die Invalidenrente ab 67% bis vor kurzem, jetzt ab 50% bezahlt wird. Eine Aussteuerung gibt es bei der Unfallversicherung nicht im Gegensatz zur Krankenversicherung. Bei den Berufskrankheiten kommt außerdem noch die Möglichkeit einer prophylaktischen „Übergangsrente“ nach § 5 der erwähnten VO. hinzu, die zeitlich unbegrenzt ist. Sie kann gewährt werden, wenn die Annahme begründet ist, daß bei dem Betreffenden bei Weiterarbeit im Betriebe eine BK. entstehen, wiederentstehen oder sich verschlimmern wird.

¹⁾ Auch freipraktizierende Ärzte können sich bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (Traunstein Obb.) freiwillig versichern lassen.

Die Verhütung und Feststellung von Unfällen ist vorwiegend Aufgabe des Gesundheitsingenieurs (Gewerbeaufsichtsamt, Berufsgenossenschaften, Techn. Überwachungsverein usw.). Bei den Berufskrankheiten kommt man ohne die sachverständige Mitarbeit des behandelnden Arztes nicht aus. Er hat daher zunächst die Pflicht, eine „Ärztliche Anzeige über eine Berufskrankheit“ zu erstatten, wenn er bei einem seiner Kranken eine Berufskrankheit erkannt hat oder einen begründeten Verdacht hat. Hierzu ist nicht nur die Kenntnis der Symptomatologie der Berufskrankheiten notwendig, sondern auch die speziellen Gefahren der einzelnen Berufe. Aus den Lehrbüchern von Koelsch, Lutz, Holtzmann und Holstein ist eine Orientierung leicht möglich.

Die bekannten grünen Formulare der „Ärztlichen Anzeige“ sind beim zuständigen Gesundheitsamt oder beim Gewerbearzt erhältlich. Die Anzeige ist in doppelter Ausfertigung, möglichst mit Maschinenschrift und leserlicher Anschrift des Absenders an den Staatl. Gewerbearzt²⁾ einzusenden. Für die Erstattung dieser Anzeige zahlt die Berufsgenossenschaft dem Arzt 4 DM. Eine Unterlassung der Anzeige aus erwiesener Nachlässigkeit kann in groben Fällen Bestrafung nach sich ziehen.

In der Anzeige muß die Art und Dauer der beruflichen Tätigkeit möglichst genau angegeben werden. Dies wird der Arzt meist nur auf Grund der Angaben des Erkrankten oder auf Grund der ihm zur Verfügung stehenden Literatur machen können. Er braucht jedoch nach dieser Richtung keine besonderen Feststellungen zu machen, insbesondere soll er keine Erhebungen im Betrieb machen, sofern er nicht Betriebsarzt der Firma ist. Auch die Ausführung komplizierterer klinischer Untersuchungen, z. B. Blutbilder, Hautteste usw., soweit sie nicht schon an sich zur Diagnosestellung erforderlich waren, wird von ihm nicht verlangt. Dafür sind aber die subjektiven Beschwerden möglichst genau anzuführen, der Befund kann wiederum kurz und prägnant (stichwortartig) angegeben werden. Immer ist auch an die Möglichkeit außerberuflicher Schädlichkeiten zu denken. Die weitere Bearbeitung, insbesondere die Begutachtung, erfolgt durch den Staatl. Gewerbearzt.

Die Anlage zur Dritten bzw. Vierten VO. enthält die Liste der entschädigungspflichtigen Berufskrankheiten. Ihre genaue Kenntnis ist von Wichtigkeit, da alle übrigen auch durch den Beruf verursachten Krankheiten

²⁾ Anschriften der Staatl. Gewerbeärzte: Stuttgart, Rotebühlstr. 30, Karlsruhe, Bahnhofstr. 12, Freiburg, Sandstr. 13 a, Tübingen, Mohlstr. 18.

nicht entschädigt werden, es sei denn, daß man sie als Unfälle auffassen kann, wenn sie nämlich innerhalb einer Arbeitsschicht entstanden sind, z. B. Typhus-

erkrankungen, die nachweislich von der Werkküche ihren Ausgang genommen haben.

Liste der Berufskrankheiten (nach der Vierten VO. vom 29. Januar 1943)

Lfde. Nbr. I	Berufskrankheit II	Unternehmen III	
1	Erkrankungen durch Blei oder seine Verbindungen	mit Ausnahme von Hauterkrankungen. Diese gelten als Berufskrankheit nur insoweit, als sie Erscheinungen einer durch Aufnahme der schädigenden Stoffe in den Körper bedingten Allgemeinerkrankung sind oder gemäß Nr. 15 entschädigt werden müssen.	
2	Erkrankungen durch Phosphor oder seine Verbindungen		
3	Erkrankungen durch Quecksilber oder seine Verbindungen		
4	Erkrankungen durch Arsen oder seine Verbindungen		
5	Erkrankungen durch Mangan oder seine Verbindungen		
6	Erkrankungen durch Benzol oder seine Homologen		
7	Erkrankungen durch Nitro- und Amidoverbindungen des Benzols oder seiner Homologen und deren Abkömmlinge		
8	Erkrankungen durch Halogen-Kohlenwasserstoffe		
8a	Erkrankungen durch Salpetersäureester		
9	Erkrankungen durch Schwefelkohlenstoff		
10	Erkrankungen durch Schwefelwasserstoff		
11	Erkrankungen durch Kohlenoxyd		
12	Erkrankungen durch Röntgenstrahlen und radioaktive Stoffe		Alle Unternehmen
13	Erkrankungen an Hautkrebs oder zur Krebsbildung neigenden Hautveränderungen durch Ruß , Paraffin , Teer , Anthrazen , Pech und ähnliche Stoffe		
14	Erkrankungen an Krebs oder anderen Neubildungen sowie Schleimhautveränderungen der Harnwege durch aromatische Amine		
15	Schwere oder wiederholt rückfällige berufliche Hauterkrankungen , die zum Wechsel des Berufs oder zur Aufgabe jeder Erwerbsarbeit zwingen		
16	Erkrankungen durch Erschütterung bei der Arbeit mit Preßluftwerkzeugen und gleichartig wirkenden Werkzeugen und Maschinen sowie durch Arbeit an Anklöpfaschinen		
16a	Erkrankungen durch Arbeit in Druckluft		
17	a) Schwere Staublungenenerkrankungen (Silikose) b) Staublungenenerkrankung (Silikose) in Verbindung mit aktivfortschreitender Lungentuberkulose		
18	a) Schwere Asbeststaublungenenerkrankung (Asbestose) b) Asbeststaublungenenerkrankung (Asbestose) in Verbindung mit Lungenkrebs		
19	Erkrankungen an Lungenkrebs		
20	Erkrankungen der tieferen Luftwege und der Lunge durch Thomasschlackenmehl	Unternehmen zur Herstellung von Alkalichromaten und ihrer Weiterverarbeitung zu Chromfarben	
20a	Erkrankungen der tieferen Luftwege und der Lunge durch Aluminiumstaub	Thomasschlackemühlen, Düngemittelmischereien und Betriebe, die Thomasschlackenmehl lagern und befördern	
20b	Erkrankungen der tieferen Luftwege und der Lunge bei Berylliumgewinnung	Alle Unternehmen	
21	Schneeberger Lungenkrankheit	Unternehmen zur Gewinnung von Beryllium aus seinen Erzen oder Zwischenprodukten der Erzverarbeitung	
22	Durch Lärm verursachte Taubheit oder an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit	Betriebe des Erzbergbaues im Erzgebirge	
23	Grauer Star	Betriebe der Metallbearbeitung und -verarbeitung	
24	Wurmkrankheit der Bergleute	Betriebe zur Herstellung, Bearbeitung und Verarbeitung von Glas, Eisenhütten, Metallschmelzereien	
25	Tropenkrankheiten, Fleckfieber, Skorbut	Betriebe des Bergbaues	
26	Infektionskrankheiten	Alle Unternehmen	
27	Infektiöse Gelbsucht, Bang'sche Krankheit, Milzbrand, Rotz und andere von Tieren auf Menschen übertragbare Krankheiten	Krankenhäuser, Heil- und Pflegeanstalten, Entbindungsheime und sonstige Anstalten, die Personen zur Kur und Pflege aufnehmen, ferner Einrichtungen und Tätigkeiten in der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege und im Gesundheitsdienst sowie Laboratorien für naturwissenschaftliche und medizinische Untersuchungen und Versuche	
		Tierhaltung und Tierpflege sowie Tätigkeiten, die durch Umgang oder Berührung mit Tieren, mit tierischen Teilen, Erzeugnissen und Abgängen zur Erkrankung Veranlassung geben	

Einige der in dieser Liste genannten Berufskrankheiten kommen in der Praxis recht selten vor. Zu den häufiger auftretenden sind einige Bemerkungen notwendig, die aus Rummangel nur stichwortartig gegeben werden können:

Zu 1. **Blei**: als Metall oder Legierung sehr vielseitig verwendet („Lötzinn“), ferner **Elbleiweiß**, **Bleiglätte**, **Menige**, „**Chromgelb**“ usw. **Aufnahme**: Staub, Dämpfe, **Essen mit schmutzigen Fingern!**

In gewissen Berufen **ärztliche Einstellungs- und periodische Überwachungsuntersuchungen** gesetzlich vorge-

schrieben (Akkumulatorenfabriken und Werkstätten, Anreicher, Abwacker, Bleifarbenfabriken, Bleihütten usw.). Die Untersuchung muß einem bestimmten Schema folgen und über die Befunde muß Buch geführt werden³⁾. Der Arzt muß vom Staatl. Gewerbeamt „ermächtigt“ sein.

Zunächst sehr vieldeutige Frühsymptome, später **Kolik** mit **Verstopfung**, evtl. **Anämie**. **Tüpfelzellen** im

(Fortsetzung auf Seite 33)

³⁾ Siehe meine diesbezügliche Zusammenstellung im „Hippokrates“ 1949, H. 11 „Die Technik der Bleiüberwachungsuntersuchung“.

Blut (dünnen nativen Ausstrich einsenden!), später evtl. **akute** Encephalopathie(!), Nephrosklerose, Lähmungen, Marasmus. (Bei Schriftsetzern ist die Krankheit heute dagegen äußerst selten geworden!)

Bleitetraäthyl: Sehr gefährlich! Im Bleibenzin jedoch hochgradig verdünnt, daher praktisch unschädlich. Ekzeme nach Bleibenzin sind durch Entfettung der Haut erklärt (Benzol).

Zu 3. **Quecksilber** (Thermometer, Manometer, Luftpumpen), durch Einatmung der Dämpfe und durch schmutzige Finger. **Hg-Salze:** Haarfilzindustrie (Filzhüte), Schädlingsbekämpfung. Aufnahme meist als Staub.

Frühsymptome: Nächtlicher Speichelfluß (aufs Kopfkissen), später Stomatitis, **Albuminurie**, Zahnlockerung, Schriftzittern (Tremor intentionis), Erethismus.

Zu 4. Neben der typischen **Arsenvergiftung** praktisch bedeutsam AsH_3 , welches ebenso wie das ähnlich wirkende PH_3 als Verunreinigung im Acetylen vorkommt und zu plötzlichen unerklärlichen Todesfällen führen kann. In leichter verlaufenden Fällen ist die Diagnose schwer zu stellen. Gefährdung beim Autogenschweißen nur in ungelüfteten Räumen, auch bei der Herstellung von Gasbeton.

Zu 6. **Benzol** (Deckname „Solventnaphtha“), Homologe = Xylol, Toluol usw. Billig, daher in vielen Lackverdünnungen und Lösungsmitteln. Aufnahme vorwiegend als Dämpfe oder Nebel (Spritzlackierer).

Alle gefährdeten Arbeiter sind in Württemberg-Baden (US-Zone) (Benzolverordnung 1949) durch den „ermächtigten“ Arzt (s. o.) zu überwachen. (Für die Tiefdrucker war auch schon früher nach den Unfallverhütungsvorschriften der Berufsgenossenschaft eine regelmäßige ärztliche Untersuchung vorgeschrieben.)

Symptome: Schädigung des Knochenmarks (Agranulozytose, Aplastische Anämie, Thrombopenie oder Kombinationen davon) und der Kapillarendothelien (Rumpel-Leede, Schleimhautblutungen).

Zu 8. **Halogenkohlenwasserstoffe:** z. B. das sehr verbreitete „Tri“ = Trichloräthylen (zum Entfetten von Metallteilen usw.), Chloroformartige Wirkung.

Zu 11. **Kohlenoxyd:** Sicker gas! Rauch gas! Auspuff gas! Symptome allgemein bekannt. **Spätfolgen:** Striäre Erkrankungen und Herzmuskelschäden. Hierzu Nachweis wenigstens **einer** Vergiftung mit Bewußtlosigkeit erforderlich. Chronische (unterschwellige) Vergiftung umstritten.

Zu 15. **Hautkrankheiten:** Entschädigungspflicht besteht nur bei (vorwiegend) beruflicher Ursache und wenn der erlernte Beruf aufgegeben werden muß. Mehr als zweijährige Tätigkeit eines Hilfsarbeiters am gleichen Arbeitsplatz wird einem erlernten Beruf gleichgeachtet. Bei jüngeren Arbeitern **Umschulung**, auch wenn die formalen Voraussetzungen noch nicht alle erfüllt sind. Auch eine „Übergangsrente“ kann prophylaktisch gegeben werden. „Wiederholrückfällig“ = 2. Rückfall = 3. Erkrankung. Symptomlose Zwischenzeit zwischen den Krankmeldungen von mindestens 14 Tagen erforderlich. „Schwer“ = klinisch schwer (Allgemeinzustand, Dauer, Ausdehnung). Schon beim ersten Rückfall rechtzeitige Meldung erwünscht, nicht erst kurz vor der Aussteuerung! Rechtzeitig Facharzt herbeiziehen, Hauptgewicht auf die Prophylaxe legen (Versetzung, wenig waschen, hautschonende Waschmittel, keine Verdünnung oder Lösungsmittel zur Händereinigung, Hände einfetten, Tactocut).

Zu 17 a). **Silikose:** „schwer“ = (bisher) mindestens 50% Erwerbsminderung infolge der Atmungs- und Kreislaufinsuffizienz durch die Silikose (nicht aber infolge Alterserscheinungen). Funktionsprüfung! Meist erst im Stadium III Ausfälle feststellbar. Diagnose nur auf Grund des Röntgenbildes.

Zu 17 b). **Silicotuberkulose:** „aktiv fortschreitend“. Offene Tbc. immer. Beschleunigte Senkung allein genügt nicht, wohl aber in Verbindung mit anderen Symptomen.

„Silikose“ wird in der Regel nur durch „freie“ Kieselsäure (SiO_2 = Sand, Kieselgur) verursacht, nur ausnahmsweise durch Silikate oder andere Mineralien. Daher Berufsanamnese (Steinhauer, Bergleute, **Sandstrahler**, Gußputzer, **Scheuerpulverfabrikation**, Schleifer, Glasmischer, Porzelliner).

Zu 26. **Infektionskrankheiten:** Hierzu gehört auch das Arztpanaritium, die Furunkulose, die Angina und deren Folgen, Erysipel, Pneumonie, extragenitale Syphilis, Augengonorrhoe sowie natürlich die Infektionskrankheiten im engeren Sinne.

Im allgemeinen genügt der Nachweis, daß die Erkrankung bei einer nach Spalte III versicherten Tätigkeit erworben wurde. Im Gegensatz zu den privaten Unfallversicherungen, die in der „Infektionsklausel“ den **Nachweis** eines einmaligen Einspritzens einer infektiösen Flüssigkeit (z. B. ins Auge) verlangen, der in den seltensten Fällen zu erbringen sein wird, da meist Zeugen fehlen, ist bei der öffentlich-rechtlichen Reichs-unfallversicherung nicht einmal der Nachweis bestimmter Patienten erforderlich. Nur bei der Tuberkulose ist wegen der größeren außerberuflichen Ansteckungsmöglichkeiten und der häufigen endogenen Schübe der Nachweis einer tatsächlichen Infektionsgefährdung notwendig, z. B. der Kontakt mit offen tuberkulösen Patienten, deren Wäsche oder Ausscheidungen. Das Leitmotiv der Unfallversicherung, nämlich die „berufseigentümliche Gefährdung“, gilt hier in besonderem Maße. Daher wird auch beim Krankenpflegepersonal eine Ansteckung durch tuberkulöse Mitarbeiter im allgemeinen nicht anerkannt, da dies in anderen Berufen genau so häufig vorkommt und dort auch nicht als Berufskrankheit entschädigt wird. Tätigkeit auf der allgemeinen Chirurgie oder internen Abteilungen gilt nicht als Infektionsgefährdung, es sei denn, daß die Pflege eines offen tuberkulösen Patienten innerhalb der Inkubationszeit (8 Wochen bis $1\frac{1}{2}$ Jahre) nachgewiesen wird. Auch die Verarbeitung tuberkulösen Sputums gilt nicht als gefährliche Tätigkeit, wohl aber der Kontakt mit Patienten bei der Blutabnahme zur BKS. Auch hustende Versuchstiere sind gefährlich. **Schutzalter** 25 Jahre. Positive **Tuberkulinprobe**, andernfalls **Schutzimpfung!** Regelmäßige periodische **Röntgenüberwachung** (mindest halbjährlich).

Zu 27. Mit „Infektiöser Gelbsucht“ ist die Weilsche Krankheit (Leptospirose) gemeint und nicht die epidemische Hepatitis (Virus), die nach Ziff. 26 entschädigt wird.

Berufskrankheiten entstehen ebenso wie andere Krankheiten des täglichen Lebens aus der körperlichen Veranlagung, seelischen Vorgängen und den Einflüssen der Umwelt. Die Empfänglichkeit gegen die letzteren ist individuell sehr verschieden. Da nun der Mann mehr als die Hälfte seiner Zeit (mit Ausnahme der Nachtruhe) bei der Arbeit verbringt, sind Schädigungen durch den Beruf häufiger als man denkt. Man soll sich daher in allen

unklaren Fällen an die Möglichkeit einer Berufsschädigung erinnern und die Meldung erstatten. Dadurch nützt man seinem Kranken, denn man verhilft ihm zu seinem Recht, wenn ein Schaden bereits eingetreten ist, oder

man bewahrt ihn durch die Möglichkeit der Einleitung prophylaktischer Maßnahmen vor weiteren Schäden und spart gleichzeitig am Volksvermögen.

(Anschrift des Verfassers: Stuttgart, Rotebühlstr. 30.)

Sozialmediziner und praktizierender Arzt¹

Von Dr. med. Hermann Ammermüller, Göppingen-Stuttgart

Soweit mir bekannt ist, geht es z. Zt. um eine Reform in der Sozialversicherung, welche zweifelsohne in vernünftigen und den Zeitumständen gerechtem Umfang berechtigt ist. Daß dabei auch ein gewisser Notstand der gesamten Ärzteschaft in wirtschaftlicher Hinsicht erwähnt wird, ist den Umständen entsprechend in den meisten Fällen ebenfalls naheliegend. Erfreulicherweise waren es bisher immer wieder maßgebliche Vertreter der Ärzteschaft, die davor warnten, diesen wirtschaftlichen Notstand vor die ethische Zielsetzung zu setzen; aber wiederum ist es nun im Leben selbstverständlich, daß die Ethik allein nicht zum Leben ausreichend ist und daß schließlich jeder Arbeiter seines Lohnes wert sein soll. Es ist mir nicht bekannt, daß dieser Standpunkt von seiten der Sozialversicherung bisher verneint wurde, und es wurde im Gegenteil nur immer wieder darauf hingewiesen, daß nach einem verlorenen Krieg und einer Währungsreform die Mittel für eine alle Seiten befriedigende wirtschaftliche Reform nicht ausreichend sind. Es sind auch von seiten der Ärzteschaft in der letzten Zeit wiederholt wohlgedachte Vorschläge zur Änderung und Anpassung der derzeitigen Sozialversicherungsgesetzgebung gemacht worden. Aber ist nicht die Gefahr gegeben, daß die eigentliche Zielsetzung in Form einer Änderung und Verbesserung für den Kranken und Versicherten selbst verwischt wird, wenn in erster Linie immer wieder nur der Notstand des Arztes selbst in den Vordergrund gestellt wird?

Der im Südwestdeutschen Ärzteblatt 1949 Heft 11 aus der Zeitschrift „Die Kommenden“ wiedergegebene Artikel des Herrn Dr. med. Husemann spricht sich unter anderem über das organisierte Mißtrauen gegen den freien Menschen aus. Es ist bedauerlich, daß über die Aufgaben des Vertrauensarztes hier unzutreffende Verhältnisse beschrieben werden.

Nachdem vor 15 Jahren der sog. Vertrauensärztliche Dienst von den zuständigen Landesversicherungsanstalten als Gemeinschaftsaufgabe übernommen wurde, trifft es nicht mehr zu, daß die Vertrauensärzte Angestellte der RVO-Kasse sind. Es ist auch unrichtig, wenn von anderer Seite von einer „gelenkten Arbeit“ der Vertrauensärzte gesprochen wurde, da jeder Vertrauensarzt mit gutem Gewissen sagen kann, daß er von seiner zuständigen Landesversicherungsanstalt keinerlei Weisung hinsichtlich der Beurteilung der Kranken bekommt. Zweifelsohne liegt eine laufende Statistik über die Ergebnisse der vertrauensärztlichen Untersuchungen vor, die jedoch nur ihre Auswertung findet in Form einer Verrechnung mit den einzelnen RVO-Kassen über die vertrauensärztliche Tätigkeit als solche. Der § 369 b der

Reichsversicherungsordnung führt den Begriff des Vertrauensarztes gesetzlich ein und hat wohl seinerzeit als Aufgabe festgelegt: „Die Arbeitsunfähigkeit der Versicherten und die Verordnung von Versicherungsleistungen in den erforderlichen Fällen durch einen Arzt rechtzeitig nachprüfen zu lassen.“ Das Aufgabengebiet des damaligen Vertrauensarztes zur Zeit dieser Gesetzgebung ist in der Zwischenzeit grundsätzlich erweitert worden und verdient mit Recht heute den Namen „Sozialmedizinischer Dienst“. Schon in der Auswahl der hauptamtlichen Vertrauensärzte sind durch gesetzliche Anordnung die erforderlichen Voraussetzungen hinsichtlich der Person des Arztes gewährleistet. Es heißt darin, daß ein in Deutschland approbierter Arzt mit deutscher Reichsangehörigkeit eine mehrjährige ärztliche Tätigkeit nachweisen muß, die ihn für eine Vertrauensarztstellung als besonders geeignet erscheinen lassen. Eine klinische ärztliche Tätigkeit von angemessener Dauer und, wenn diese nicht mindestens 5 Jahre betrug, außerdem eine längere kassenärztliche Tätigkeit sind für den Vertrauensarzt gefordert. Es dürfte nicht von ungefähr sein, daß immer wieder von namhaften Ärzten der Klinik bestätigt wurde, daß das Niveau der Vertrauensärzte ein gutes sei und daß diese in der sachlichen Zusammenarbeit keinerlei Schwierigkeiten hätten. Wenn auch als bekannt vorauszusetzen, so dürfte in diesem Zusammenhang erneut zu betonen sein, daß die gültige Dienstweisung für den Vertrauensärztlichen Dienst festlegt, daß der Vertrauensarzt seine vertrauensärztlichen Gutachten lediglich nach pflichtgemäßem Ermessen und nach seiner ärztlichen Überzeugung zu erstatten hat. Dies, eine grundlegende Voraussetzung, daß bisher und auch in Zukunft sich nicht die schlechtesten Ärzte für den Vertrauensärztlichen Dienst zur Verfügung stellen.

Besonders wichtig ist für den Sozialmediziner die gute und produktive Zusammenarbeit mit dem praktischen Arzt. Hierbei ist der Sozialmediziner nicht selten der als notwendig empfundene verlängerte Arm des praktischen Arztes, der aus irgendwelchen — meist menschlich verständlichen Gründen — sich nicht entschließen kann, zum gegebenen Zeitpunkt die Arbeitsfähigkeit wieder anzunehmen. Schon bei der Auswahl der zur vertrauensärztlichen Nachuntersuchung vorgesehenen Versicherten wirkt der Vertrauensarzt mit, der auf Grund der Krankheitsbezeichnung und den vorgesehenen Bemerkungen auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung den Zeitpunkt der Nachuntersuchung der Krankenkasse vorschlägt. In dem in Gebrauch befindlichen Vordruck „Bericht des behandelnden Arztes“ hat der behandelnde Arzt die Möglichkeit und auch die Pflicht, durch Schilderung des Krankheitsverlaufes dem begutachtenden Vertrauensarzt die notwendige Unterstützung zu geben. Es ist auf keinen Fall so, daß der ernstlich kranke Versicherte, der infolge unerwarteten Krankheitsverlaufes oder neu hinzukommender Gesundheitsschäden und entsprechend

¹ Der Aufsatz ist aus der Zeitschrift „Die Sozialversicherung“ 1950 Heft 1 übernommen und eine Erwiderung auf den im Südwestdeutschen Ärzteblatt 1949 Heft 11 veröffentlichten Aufsatz von Dr. med. Husemann: „Krankheitssymptome des sozialen Lebens.“ Die Schriftleitung

der zur Arbeitsunfähigkeit führenden ärztlichen Diagnose zur Nachuntersuchung vorgesehen ist, auch erscheinen muß, denn der behandelnde Arzt hat ja das Recht und die Pflicht, bei solchen Patienten, wo der Weg zum Vertrauensarzt einen Gesundheitsschaden bedeuten könnte, diesen zu entschuldigen. Es gibt ja auch bei ernsthaften Erkrankungen zwischen dem Kassenarzt und dem Vertrauensarzt hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit keine Meinungsverschiedenheit, und auch bei den Grenzfällen von regelwidrigen Körper- und Geisteszuständen, wo es so häufig für jeden Arzt schwer ist, die Fähigkeit zu einer Arbeitsaufnahme zu beurteilen, trägt ja der Bericht des behandelnden Arztes grundsätzlich zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Vertrauensarztes bei. Von der Begutachtung des Vertrauensarztes, als ärztlicher und naturgemäß meist akzeptierter Vorschlag für den Kassenleiter, der wiederum die Entscheidung nach pflichtgemäßem Beurteilen zu finden hat, bekommt der praktizierende Arzt schriftliche Nachricht und hat dann ebenso wie der Versicherte selbst die Möglichkeit des Einspruches. Hierdurch übernimmt der Vertrauensarzt die ärztliche Verantwortung in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Verrichtung, wobei trotzdem weitere Behandlungsbedürftigkeit gegeben sein kann, sowie unter Berücksichtigung einer eventuell vorliegenden dauernden Minderung der Erwerbsfähigkeit. Es ist jedoch beachtlich und könnte als eine Harmonie zwischen Vertrauensarzt und Kassenarzt bezeichnet werden, daß von dieser Einspruchsmöglichkeit eigentlich kaum Gebrauch gemacht werden muß. Von rund 10 500 vertrauensärztlichen Begutachtungen seit der Währungsreform in einem mittelgroßen Kassenbereich war in keinem Falle von dem behandelnden Arzt ein sog. Obergutachten für notwendig erachtet worden. Lediglich 3 Einsprüche von Versicherten wurden durch Obergutachter, also prominente Vertreter ihres Faches und in der Klinik, bearbeitet und in allen 3 Fällen trat der Obergutachter der Beurteilung des Vertrauensarztes bei.

Es ist die Hauptaufgabe des Vertrauensärztlichen Dienstes, die Interessen des einzelnen Versicherten mit denen der Gesamtheit der Versicherten in Einklang zu bringen. Der Vertrauensarzt soll den einzelnen hilfebedürftigen Versicherten ein fürsorglicher Berater sein, er soll aber auch verhindern, daß durch eine unberechtigte Inanspruchnahme eine unrichtige Verwertung der Versicherten-Beiträge entsteht. Es ist möglich und leider auch im oben zitierten Artikel gesperrt gedruckt, nicht vom Vertrauen, sondern nur vom Mißtrauen zu reden. Unter Voraussetzung, daß jeder Vertrauensarzt lediglich nach pflichtgemäßem Ermessen und nach seiner ärztlichen Überzeugung handelt, sind solche Wortspiele ungeeignet und sind normalerweise nur aus Kreisen der ewig Unzufriedenen, der Querulanten und der Asozialen gebräuchlich. Genau so wie die ärztliche Tätigkeit grundsätzlich eine Persönlichkeitsfrage ist, so ist die Aufgabe des Vertrauensarztes noch mehr von seiner Menschlichkeit, dem ärztlichen Wissen und der ärztlichen Erfahrung sowie dem Kennen der einschlägigen Bestimmungen der Reichversicherungsordnung abhängig, und es ist wiederum naheliegend, daß bei dem derzeitigen Überangebot von Ärzten die Landesversicherungsanstalten die Möglichkeit nutzen, tatsächlich erfahrene Vertrauensärzte zu beschäftigen. Es ist meines Erachtens auch nicht von

ungefähr, daß der stellvertretende Präsident der Landesversicherungsanstalt Württemberg und Leiter des Sozialmedizinischen Dienstes ein langjährig erfahrener und allseitig anerkannter früherer praktischer Arzt ist. Es ist bereits schon zum großen Teil erreicht, daß die Vertrauensärztlichen Dienststellen neben den entsprechenden Ärzten auch ein geeignetes medizinisches Hilfspersonal und die erforderlichen medizinisch-diagnostischen Hilfsmittel (Röntgen-Apparatur, klinisch-chemisches Laboratorium) zur Verfügung haben. Der praktizierende Kassenarzt weiß dies auch, und es sind die Fälle nicht selten, wo dieser die Vertrauensärztliche Dienststelle ersucht, die erforderlichen technischen Untersuchungen durchzuführen, zu denen er nicht in der Lage ist.

Die erweiterten Aufgaben des Vertrauensarztes im sozialmedizinischen Dienst stellen heute die Untersuchungen zur Begutachtung der Arbeitsfähigkeit nicht mehr allein in den Vordergrund. Vielmehr umfaßt die früher von den Versorgungsämtern erfolgte Betreuung der Körperbeschädigten einen Großteil seines Aufgabenbereichs. Hinzu kommen noch die Untersuchungen und Begutachtungen zwecks Erlangung und auch Entziehung von Rente bzw. Ruhegeld in der Rentenversicherung. Die sonstigen Begutachtungen hinsichtlich der Notwendigkeit von Krankenhauseinweisungen, der Verweildauer von Krankenhausbehandlungsfällen stellen neben der Begutachtung der Notwendigkeit von Heilmitteln und Hilfsmitteln nur einen kleineren Aufgabenbereich dar; aber gerade in diesem letzteren Beurteilen der Notwendigkeit von Heil- und Hilfsmitteln ist der Sozialmediziner besonders in der Lage, durch Einschränkung von manchmal übertriebenen Wünschen des Versicherten (seien es nun Leibbinden, Einlagen usw.) reichlich Geldmittel zum Wohle der Gesamtheit der Versicherten einzusparen.

Der Sozialmediziner, der seine Aufgabe ernst nimmt, braucht eine Kritik in der Öffentlichkeit nicht zu scheuen. Immerhin bleibt es jedoch beachtlich, daß in der letzten Zeit eine solche Kritik nicht aus den Kreisen der Versicherten, noch weniger aus den dazu berufenen Gewerkschaften gekommen ist, sondern daß von einzelnen Ärzten der freien Praxis in ihrem Kampf gegen die Sozialversicherung und zur teilweise erstrebten Rückentwicklung zur Privatversicherung nun auch der Sozialmediziner als bisher bewußt im Hintergrund gebliebener fürsorgeärztlicher Betreuer der Sozialversicherten in eine manchmal unsachliche Diskussion hineingezogen wird. Es ist uns aber bekannt, daß dies von den maßgeblichen Persönlichkeiten in der Ärzteschaft nicht gewollt sein kann und daß ja schließlich nur zur Freude einiger Außenseiter eine weitere schädliche Gegensätzlichkeit innerhalb der Ärzteschaft und innerhalb der Ärztekammern, deren ethische Zielsetzung wir voll unterstreichen und als Mitglieder vertreten, hervorgerufen wird. Im Vordergrund muß für jeden Arzt, ob Kliniker, praktizierender Arzt oder Sozialmediziner oder beamteter Arzt als oberstes Gesetz ausschließlich das Wohl des Kranken stehen! Die in Vorbereitung befindliche sozialmedizinische Gesellschaft als Vereinigung der Vertrauensärzte Deutschlands will und wird in diesem Rahmen der gesamten Ärzteschaft zum Wohle unseres ganzen Volkes mitwirken, und es ist nur zu

wünschen und zu hoffen, daß recht bald die unerfreulichen Auseinandersetzungen in der Öffentlichkeit ersetzt werden durch eine sich gegenseitig vertrauende, aufbauende Gemeinschaft zwischen der Sozialversiche-

rung als solcher und der Ärzteschaft in ihrer Gesamtheit, wobei der Sozialmediziner für beide Seiten nicht nur einen ausgleichenden, sondern auch mit der Materie vertrauten Faktor darstellen kann.

Württembergische Ärztliche Unterstützungskasse

Vor allem an den vielen Kollegen und Kolleginnen herzlich gedankt, die sich von unserer im Oktober 1949 hinausgegebenen Bitte um eine Spende haben ansprechen und zur Tat bestimmen lassen.

Dürfen wir nicht stolz auf sie sein, wenn wir melden können, daß von den 2500 versandten Werbebriefen 435 Gehör fanden (101 in Groß-Stuttgart) und als Antwort bis jetzt eine Spendensumme von insgesamt DM 6600.50 zustande brachten? In dieser Summe kommt ein hoher Opfersinn zum Ausdruck, der viele kollektivfreudige Zeitgenossen beschämen, vielleicht sogar zum Nachdenken bringen müßte, ist doch eine solche freiwillige Spende in dieser Zeit zugleich ein Bekenntnis zum freien Willen.

Leider wissen viele Kollegen auch heute noch nicht, daß unsere Württ. Ärztl. Unterstützungskasse, die auch Frisonikasse genannt wird, ein wertvolles Relikt aus einer Zeit darstellt, in der ein nobile officium noch aufhören machte. Mit Bitterkeit und in ankläglichem Tone schrieb mir ein Kollege, warum er meiner Bitte um eine Spende nicht entsprechen wolle. Ich habe ihm geantwortet, daß ich nicht für die Unterstützungskasse geworben habe, sondern für die „Württ. Ärztl. Unterstützungskasse“, die eine rein private, auf Vermächtnissen, Stiftungen und Spenden von Ärzten aufgebaute Einrichtung ist und bleiben wird, solange ihr der Atem nicht ausgeht. Ferner, daß von ihr nahezu ausschließlich Menschen betreut werden, die von den obligaten dormaligen Unterstützungseinrichtungen unseres Berufsstandes nicht bedacht werden können.

„Daß Sie auch die Form meines diesmaligen Werbeschreibens gereizt hat“, so schrieb ich weiter, „nicht nur sein Inhalt, kann ich verstehen, und — Sie wissen es — im Verstehen steckt ja schon ein gewisses Maß von Pardon. — Ich gebe zu, der Ton meines Schreibens liegt fernab von jener militärisch ‚zackigen‘ Sprachform, die den Werbeschreiben des ‚Winterhilfswerks‘ eignete, in denen auch um Hilfe für die Bedrängten und Armen gebeten wurde. Wie wenig wurde dieser Ton beanstandet! Bedenken Sie aber, daß mein Werbeschreiben an freie Menschen gerichtet war und sich nicht die Angst, sondern die Güte des Herzens derer zinsbar machen wollte, die allein von mir gemeint sein konnten.“

Die Kollegen oder Kolleginnen, denen mein „Bettelbrief“ ein Ärgernis war, mögen mir verzeihen, den Spendern aber sei der Dank zugeleitet, der aus den Herzen der Beschenkten den Weg zu ihnen sucht.

Auch fernerhin wird das Motto der „Württ. Ärztl. Unterstützungskasse“ jenes Wort der Heiligen Schrift sein, das aus dem Munde einer Mutter stammt: „Tue deinen Mund auf für die Stummen und für die Sache derer, die verlassen sind.“

Als Quittung für die empfangene Spende mögen die Beteiligten ihren in der nachfolgenden Liste aufgeführten Namen betrachten.

Die Spenderlisten aus früheren Sammlungen konnten wegen der Raumnot im Südwestdeutschen Ärzteblatt leider nicht veröffentlicht werden. Wir bitten die gütigen Spender, die dieses Mal nicht genannt werden konnten, um freundliche Nachsicht und sagen ihnen nochmals herzlichsten Dank.

Für den
Verwaltungsrat der Württ. Ärztl. Unterstützungskasse
Dr. Wilhelm Metzger

Verzeichnis der Spender vom 22. Oktober 1949 bis 21. Januar 1950

Albrecht, Birkenfeld, 10; Allmendinger, Eßlingen, 10; Auer, Stuttgart-Untertürkheim, 20; Bachmann, Bad Mergentheim, 10; Baltisberger, Bötzingen-Reutlingen, 70; Balz, Gerstetten, 10; Bartram, Stuttgart-Degerloch, 50; Bathe, Rottweil, 10; Bauer, Bad Liebenzell, 15; Beck, Ebingen, 20; Becker, Heilbronn, 5; Becker, Großbottwar, 5; Bender, Eßlingen, 50; Bernhard, Rottweil, 5; Bertsch, Eßlingen, 20; Beutter, Reutlingen, 5; Bihl, Brackenheim, 20; Bihl, Rottweil, 10; Bihlmeyer, Ravensburg,

25; Binstadt, Stuttgart-Mühlhausen, 10; Bittau, Ulm-Wiblingen, 10; Bleher, Möckmühl, 10; Blerch, Stuttgart, 20; Bohr, Holzgerlingen, 10; Bornhäuser, Metzingen, 20; Bottenberg, Laichingen, 10; Bouché, Ilsfeld, 10; Braun, Hedwig und Anneliese, Stuttgart-Bad Cannstatt, 15; Brandstetter, Bad Mergentheim, 5; Brederick, Dettenhausen, 3; Breithaupt, Altshausen, 5; Breuning, Lauffen a. N., 20; Brückner, Magstadt, 20; Brügger, Wangen (Allgäu), 30; Buchholz, Wehingen, 10; Buck, Gerabronn, 10; Budde, Göppingen, 5; Bühler, Ulm a. D., 20; Burger, Stuttgart-Zuffenhausen, 20; Burkhardt, Herrenberg, 20; Busch, Ulm a. D., 10; Clauß, Schwäb. Hall, 10; Dautel, Pfullingen, 20; Demeler, Ludwigsburg, 20; Desczyk, Gertrud, Stuttgart, 5; Dietrich, Steinheim a. Albuch, 50; Dietrich, Prof., Stuttgart, 20; Dietz, Stuttgart, 25; Dobler, Schorndorf, 20; Dölker, Mainhardt, 5; Dörfler, W., Biberach, 5; Dorn, Charlottenhöhe über Calmbach, 25; Dörr, Heilbronn, 10; Dreiß, Göppingen, 5; Drexler, Leutkirch, 10; Dürr, Schwäb. Hall, 30; Durst, Stuttgart-Obertürkheim, 10; Ebner, Altshausen, 30; Ege, Freudenstadt, 5; Ehlers, Essingen, 5; Eisenhart, Nürtingen, 10; Elsäber, Brackenheim, 10; Elwert, Reutlingen, 10; Essig, Berta, Ravensburg, 20; Eychmüller, Neckarsulm, 20; Faber, Leonberg, 20; Feldmaier, Stuttgart-Bad Cannstatt, 10; Fellmann, Kupferzell, 10; Feucht, Maulbronn, 20; Feurer, Baiersbronn, 20; Feyerabend, Heilbronn, 20; Fiedler, Wendlingen, 20; Finckh, Fritz jr., Obereßlingen, 20; Finckh, Obereßlingen, 10; Finkel, Stuttgart-Münster, 10; Fischer, Ulm-Wiblingen, 10; Fischer, J. Georg, Stuttgart, 5; Fischer, W., Undingen, 5; Flad, Leutkirch, 20; Flämig, Neuffen, 20; Fleischer, Biberach, 10; Frauerherz, Enzweihingen, 5; Fricker, Stuttgart-Feuerbach, 10; Fries, Ludwigsburg, 20; Fritz, Dietenheim, 10; Frohmaier, Anna, Neuenstein, 20; Fromlet, Stuttgart, 5; Fünffinger, Eisingen/P., 10; Gaedtker, Weilheim/T., 10; Gagel, Pauline, Biberach, 5; Gangler, Sindelfingen, 20; Gaupp, sen., Stuttgart-Degerloch, 10; Gauß, Stuttgart, 15; Geißler, Heilbronn, 10; Geldmacher, Neckarsulm, 20; Gerber, Stuttgart, 20; Gerlach, Schwäbisch Hall, 10; Gestrich, Ravensburg, 5; Gläser, Obereßlingen, 10; Göbel, Stuttgart-Frauenkopf, 10; Götz, Kirchheim/T., 5; Gösele, Tübingen, 20; v. Graevenitz, Jutta, Solitude b. Stuttgart, 5; Gramm, Waiblingen, 10; Greven, Schorndorf, 20; Groschopf, Geislingen/St., 10; Günzler, Kirchheim/T., 10; Haag, Geislingen/St., 10; Haaga, Stuttgart-Bad Cannstatt, 10; Haebelin, Blaubeuren, 5; Haege, Ludwigsburg, 20; Haegele, Deggingen, 20; Hämmerle, Kornwestheim, 5; Härle, Maria, Ludwigsburg, 100; Härle, Wangen i. A., 10; Häubler, E., Friedrichshafen, 5; Haffner, Kirchheim/T., 5; Hahn, Rottenburg, 5; Haist, Göppingen, 10; Haller, Stuttgart, 20; Hammer, Schwäbisch Hall, 10; Hampel, Aalen, 20; Hanebuth, Herrenalb, 10; Hart, Ulm a. D., 10; Hartmann, Weil i. Schönbuch, 10; Hartmann, Adolf, Stuttgart, 5; Hartmann, Herrenberg, 20; Hartter, Ebingen, 10; Heckh, Edith, Taillingen, 10; Heimerberger, Reutlingen, 20; Helferich, Stuttgart, 20; Helmer, Maria, Münsingen, 50; Hengstberger, Stuttgart-Untertürkheim, 10; Hermann, Ellwangen, 10; Herrlein, Stuttgart-Feuerbach, 5; Hertz, Heilbronn, 30; Herzog, Schramberg, 10; Hescheler, Stuttgart, 10; Hessler, Stuttgart-Zuffenhausen, 5; Heudorfer, Göppingen, 10; Hodrus, Stuttgart, 10; Hofer, Heilbronn, 20; Hoffmann, Wildbald, 10; Hornberger, Neuenbürg, 25; v. Hornhardt, Schwenningen, 10; Horsch, sen., Feldrennach, 5; Huber, Pfäffingen, 5; Hubele, Ludwigsburg, 10; Jäger, Stuttgart, 5; Jacoby, Prof., Tübingen, 10; Ihlow, Kleingartach, 2.50; Josenhans, Wildbad, 10; Junginger, Vaihingen (Enz), 10; Jürgens, Ludwigsburg, 25; Just, Enzklösterle, 10; Kalteis, Brucken/Teck, 20; Kampf, Stuttgart, 50; Karpow, Stuttgart-Bad Cannstatt, 5; Kauffmann, Dora, Eßlingen, 2; Keim, Eßlingen, 10; Kern, Hans, Waiblingen, 20; Kern, Josef, Stuttgart, 50; Ketterer, Bad Mergentheim, 20; Kienlin, Stuttgart, 10; Kibler, Schwäb. Hall, 30; Kindervater, Aalen, 10; Kibling, Stuttgart-Bad Cannstatt, 15; Klaiber, Gschwend, 20; Klauer, Buchau a. F., 10; Kleemann, Stuttgart, 10; Klein, C., Taillingen, 10; Kleinknecht, Ellwangen, 10; Klemm, Buoch, 5; Kley, Anita, Aldingen (Ludwigsburg), 5;

Klöble, Rottweil, 10; Kober, P., Reutlingen, 10; Koch, Schussenried, 20; Koch, Schmid, 10; Kohle, Ehningen, 10; Köstlin, Kornwestheim, 10; Köstlin, Schwarzenberg, 5; Köhler, Aalen, 25; Kommerell, Stuttgart, 10; Kraemer, Künzelsau, 30; Krause, Gemmingen, 10; Krauß, P., Göppingen, 10; Krebs, H., Stuttgart, 10; Kreuz-Soergel, Stuttgart, 20; Krieg, Neuweiler, 50; Kriche, Backnang, 20; Kritzer, Crailsheim, 10; Kühner, Ilshofen, 20; Kürschner, Heilbronn, 15; Kübner, Sindelfingen, 10; Kuhn, Balingen, 7; Kuntz, Bopfingen, 10; Landenberger, Eblingen, 5; Lang, Crailsheim, 10; Lang, Geislingen-Steige, 10; Langbein, Fr., Pfullingen, 30; Langbein, Albrecht, Pfullingen, 10; Langebeckmann, Schömburg, Kreis Calw, 30; Lebküchner, Neuenstadt/Kocher, 5; Lehn, Weingarten, 10; Lehmann, Stuttgart, 5; Leibinger, R., Stuttgart, 10; Leicher, Stuttgart, 30; Lenz, Uhingen, 20; Leitritz, E., Ochsenhausen, 20; Letterer, Tübingen, 20; Liebendorfer, Herrenalb, 10; Loesner-Schwenk, Kirchheim/Teck, 5; Lohse, Stuttgart, 40; Losche, Bietigheim, 10; Lossen, Langenargen, 10; Lorenz, Brettheim, 20; Lüpke, Ulm a. D., 20; Lutz-Völter, Mühlacker, 12; Mächtle, Laichingen, 10; Müssig, Bopfingen, 20; Mahler, Dornstetten, 20; Maier, Emil, Stuttgart-Untertürkheim, 20; Maier, Jakob, Vöhringen, 5; Maisch, Stuttgart, 30; Makarowa, Vera, Stuttgart, 10; Mangold, Donzdorf, 10; Mangold, Eningen unter Achalm, 5; Mantel, Stuttgart, 5; Manuwald, Schwab. Gmünd, 10; Manz, Hugo, Waiblingen, 50; Märker, Winterlingen, 5; Marquardt, Stuttgart, 40; Martin, Rottweil, 20; Martin, Meckenbeuren, 10; Marx, Bönningheim, 10; Maurer, Tuttingen, 10; Mayer, Prof., Tübingen, 25; Mayer, Illingen, 5; Mayer, Ellwangen, 5; Mayer, Otto, Stuttgart, 20; Mayer-List, Richard, Stuttgart, 10; Mayer-List, Rudolf, Stuttgart, 10; Meißner, Stuttgart-Feuerbach, 10; Mendler, Ulm, 10; Merkle, Simmersfeld, 5; Mertens, Reichenberg, 10; Meyner, Nellingen, Kreis Ulm, 10; Minholz, Ulm, 10; Mißmahl, W., Riedlingen, 10; Mosebach, Gerabronn, 10; Mucha, Aldingen (Tuttingen), 5; Mühlischlegel, Stuttgart, 5; Müller, H. A. S. Tübingen, 10; Müller, Bartenstein, 15; Müller, Sulzdorf (Hall), 50; Müller, Nürtingen, 5; Müller, Köngen, 20; Mundle, Sindelfingen, 30; Münz, Donzdorf, 10; Muschallik, Höfingen, 5; Naegeli, Prof., Tübingen, 50; Necker, Stuttgart-Zuffenhausen, 10; Neher, Schwab. Gmünd, 20; Neuffer, Stuttgart-Degerloch, 100; Neunhoeffer, Blaubeuren, 20; Noltenius, Bietigheim, 10; Oechsler, Weinsberg, 10; Obladen, Mühlacker, 20; Ostermayer, Stuttgart, 10; Ott, Albert, Stuttgart, 30; Pfisterer, Wiernsheim, 8; Pfeiderer, Stuttgart, 20; Plomm, Isny, 20; Pflüger, Heilbronn, 10; Pfuhrer, Erolzheim, 10; Phleps, Nürtingen, 10; Piesbergen, Stuttgart, 10; Plankenhorn, Langenau, 10; Polster, Altensteig, 20; de Ponte, E., Stuttgart, 20; Pregizer, Künzelsau, 10; Prinzing, Fritz, Ulm a. d. D., 10; Rall, Heilbronn, 35; Rath, Frankenbach, 20; Rauth, Heilbronn, 10; Reich, Kiblegg, 10; Reichenbach, Maulbronn, 10; Reichle, Stuttgart, 50; Reinhardt, Stuttgart, 10; Renz, Ulm a. D., 50; Reuss, Stuttgart, 10; Richter, Aalen, 20; Riegel, Schorndorf, 10; Rieger, Tübingen, 10; Riehn, Leonore, Stuttgart-Untertürkheim, 10; Riha, Heidenheim, 2; Rögele, Ochsenhausen, 10; Römer, Stuttgart, 20; Rommel, Leutkirch, 5; Röttger, Stuttgart, 25; Rudolph, Leutkirch, 10; Rueff, Ulm a. d. D., 10; Ruopp, Stuttgart-Wangen, 10; Rupp, Fellbach, 10; Ruß, Denkendorf, 20; Sasse, Weingarten, 10; Sauter, Fritz, Friedrichshafen, 20; Sauter, Max und Frieda, Stuttgart, 10; Sauter, Josef, Friedrichshafen, 10; Scharnbeck, Metzgingen, 5; Schapfl-Treiber,

Lilly, Stuttgart-Vaihingen, 20; Scharpff, Stuttgart, 20; Scheel, Ravensburg, 5; Schempp, Prof., Stuttgart, 50; Schertlin, Ravensburg, 10; Schilling, Gomaringen, 20; Schlack, Stuttgart, 20; Schmid, Ebingen, 10; Schmidt, H., Eblingen, 20; Schmidt, Christian, Stuttgart-Feuerbach, 10; Schmidt-Dännert, Unterreichenbach, 10; Schnabel, Weingarten, 5; Schneller, Pfullingen, 20; Schöbel, Stuttgart, 20; Schöffler, Stuttgart-Bad Cannstatt, 20; Scholz, Lauchheim, 30; Scholz, Stuttgart, 10; Schöninger, Stuttgart, 10; Schönleber, Trossingen, 20; Schöning, Stuttgart-Sillenbuch, 10; Schramm, Tübingen, 10; Schröder, Auenstein, 5; Schroth, Tuttingen, 10; Schuler, Ravensburg, 20; Schultz, Stuttgart, 20; Schumm, Ludwigsburg, 10; Schütz, Stuttgart-Bad Cannstatt, 20; Schwab, Kirchhausen, 10; Schwab, Ebingen, 20; Seeger, Bad Liebenzell, 50; Seeger, Süßen, 10; Seible, Reutlingen, 10; Seitz, Neuenbürg, 25; Seybold, Stuttgart, 10; Siebner, Schwab. Gmünd, 10; Siegel, Leonberg, 20; Sigel, Wilhelmsdorf, 10; Sigel, Otto, Stuttgart, 20; Singer, Gerlingen, 20; Sinz, Waldsee, 10; Sippel, Trossingen, 20; Soergel, Stuttgart, 50; Sommer, Wildbad, 10; Spohn, Ulm a. D., 10; Spohr, Heilbronn, 8; Stampf, Poppenweiler, 10; Stärr, Stuttgart-Stammheim, 10; Stehle, Ulm a. D., 10; Steiner, Eblingen a. N., 5; Steng, Endersbach, 20; Sterkel, Ravensburg, 20; Stiefbold, Reutlingen, 10; Stierlin, Gaildorf, 5; Stिंगel, Güglingen, 20; Stockinger, Bad Mergentheim, 50; Strauß, Nellingen, Krs. Eblingen a. N., 10; Stübler, Reutlingen, 20; Syring, Ulm a. D., 10; Teichmann, Schwab. Hall, 20; Teschendorf, Eblingen, 30; Thies, Trossingen, 10; Thümmel, Stuttgart, 20; Tiefensee, Schwab. Hall, 50; Traub, Ravensburg, 10; Treichler, Stuttgart, 5; Tritschler, Saulgau, 13; Uebelhoer, Geislingen/St., 20; Umbach, Markgröningen, 40; Unseld, Ditzingen, 10; Veiel, Ulm a. D., 3; Veitinger, Kirchheim/T., 30; Venzmer, Stuttgart, 20; Vesenmayer, Wildberg, 20; Visino, Aulendorf, 10; Vogel, Altenteig, 5; Vogelgsang, Ulm a. D., 20; Vogt, Waldsee, 30; Vohl, Stuttgart-Weilimdorf, 10; Vollmer, Geislingen/St., 50; Wacker, Bernhausen, 10; Wagenhäuser, Tübingen, 10; Wagner, Stuttgart-Bad Cannstatt, 50; Wagner, Ulm a. D., 10; Wahl, Schömburg (Calw), 10; Walcher, Ellwangen (Jagst), 5; Waldenmaier, Adolzfurt, 10; Waldmann, Stuttgart-Bad Cannstatt, 20; Walz, Stuttgart-Vaihingen, 10; Warth, Stuttgart, 20; Weigelin, Stuttgart, 20; Weik, Stuttgart-Münster, 5; Weinhardt, Reutlingen, 20; Weiß, Stuttgart-Bad Cannstatt, 10; Weissenrieder, Stuttgart, 10; Weibrecht, Schwenningen, 20; Wengler, Eblingen, 10; Widenmahn, Ellwangen (Jagst), 5; Wider, Fellbach, 5; Widmann, Ludwigsburg, 10; Wiedersheim, Kreßbronn a. B., 5; Wieland, Salach, 10; Winkler, Tübingen, 5; Winkler, Zaberfeld, 10; Winterlin, Weilheim a. d. T., 20; Woerner, Eisingen/F., 5; Wolf, Stuttgart-Degerloch, 5; Wundt, Stuttgart-Feuerbach, 10; Wurm, Uttenweiler, 20; Würtz, Stuttgart, 5; Zechall, Reutlingen, 20; Zeh, Zwielfalten, 10; Zeller, A. und H., Göppingen, 10; Zerweck, Böhmekirch, 20; Zimmerle, Stuttgart, 10; Zinsser, Ludwigsburg, 20; Zipperlen, Ulm a. D., 10.

Gesamtbetrag von 435 Spendern 6600.50 DM.

Fortsetzung folgt.

„Württ. Arztl. Unterstützungskasse“, Stuttgart, Rotenbergstraße 27, Postscheck Stgt. 5320, Girokonto 313 bei der Württ. Landessparkasse

Buchbesprechungen

Domagk, G.: „Pathologische Anatomie und Chemotherapie der Infektionskrankheiten“, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1948, 424 S., 133 Abb. DM 48.—

Domagk gibt in dem vorliegenden Buch eine pathologische Anatomie und Chemotherapie vor allem derjenigen Infektionskrankheiten, bei denen, wie er sagt, „die Ergebnisse der Sulfonamidtherapie als ganz gesichert angesehen werden können“. Nur in der Betrachtung der Coli-, Typhus- und Ruhrgruppe macht die Typhusgruppe in dieser Beziehung eine Ausnahme; die Ergebnisse einer Sulfonamidbehandlung sind bei ihr heute noch unbefriedigend.

Das besondere Charakteristikum des Buches ist es, daß es nicht nur auf bakteriologischer und in diesem Sinn pathologischer Anatomie der betreffenden Erkrankungen beim Menschen aufbaut, sondern daß überall im Sinn der experimentellen Arbeitsweise Domagks auch die künstlichen Infektionen mit den behandelten Bakterien im Tierexperiment

besprochen werden. Domagk hat durch solche Versuche am Tier seine speziellen Therapeutika entwickelt und er sieht auch gegenwärtig, zweifellos mit Recht, im Tierexperiment die Möglichkeit, in dieser Beziehung noch zu weiteren Fortschritten zu kommen. Er äußert dabei geradezu die Auffassung: „Die zukünftige Entwicklung wird vielleicht gar nicht so sehr abhängig sein von der Entdeckung neuer chemischer Substanzen in der Sulfonamidreihe als vielmehr von der Ausarbeitung der optimalen Anwendungsmethoden der schon zur Verfügung stehenden bewährten Mittel.“ Sind doch in den „Bayer“-Laboratorien bis zum Jahr 1942 nicht weniger als rund 500 sulfonamidhaltige gefärbte Azo-Verbindungen und 2500 farblose Sulfonamidverbindungen synthetisiert worden.

Was die einzelnen Infektionsarten betrifft, so haben sich für die Streptokokkeninfektionen Tibatin und Sulfapyrimidinderivate wie Pyrimin, Debenal und besonders Debenal plus Marfanil (De-Ma) am besten bewährt. Durch eine Kombination von De-Ma und Penicillin sind heute sogar Heilungen

der Endocarditis lenta möglich. Die Staphylokokkeninfektionen sprechen auf Sulfonamide weniger gut an, am besten noch auf Sulfathiazol, Eleudron und ähnliche Präparate, auch auf De-Ma. Penicillin in laufender Anwendung ist aber gegen die Staphylokokkeninfektion besser. Beim Gasödem, bei dem stets mit Mischinfektionen zu rechnen ist, erweist sich Marfanil als allen anderen bisher bekannten Sulfonamiden weitgehend überlegen; auch Penicillin ist weniger wirksam. Die zweckmäßigste Behandlung muß dementsprechend neben einer sachgemäßen chirurgischen Wundversorgung und höchstwertigem Serum in Marfanilpräparaten intern und lokal bestehen. Eine Lokalbehandlung soll nach Möglichkeit in jedem Fall einer Verletzung sofort durchgeführt werden, ganz gleich, ob eine chirurgische Wundversorgung stattfinden kann oder nicht (MP-Puder). Für die Tetanusbehandlung bzw. Vorbeugung gilt dasselbe. In der Behandlung von Pneumokokkeninfektionen sind bisher vor allem Sulfapyridin (Eubasin), Sulfathiazol (Cibazol, Eleudron), Globucid, Badional oder Sulfapyrimidin (Debenal, Pyrimal) üblich; Debenal, Methyldebenal und De-Ma lassen noch bessere Erfolge erwarten und müssen in Zukunft ausprobiert werden. Penicillin führt zu einer weniger schnellen Fiebersenkung und damit Kreislaufentlastung als die Sulfonamide und erscheint diesen daher unterlegen. In der Gonorrhoebehandlung kommt heute nach dem Resistenzwerden der Gonokokken gegen Sulfonamide die Penicillinbehandlung mehr und mehr zur Anwendung. Bei Meningokokkeninfektionen haben sich die Sulfonamide ebenfalls ausgezeichnet bewährt. Penicillin kann und muß mit ihnen kombiniert werden, kommt dabei aber nur intralumbal in Frage, da es im Gegensatz zu den Sulfonamiden nach parenteraler Zufuhr die Blutliquorschranke nicht zu überschreiten vermag. Bei Typhus und Paratyphus sind bisher mit Sulfonamiden Erfolge nicht zuverlässig erzielt worden; immerhin sind Versuche mit De-Ma zu empfehlen. Die Sulfonamidbehandlung der Ruhr dagegen gehört zu den größten Erfolgen, die mit der Sulfonamidtherapie im Kriege erzielt wurden. In der Behandlung aller dieser Erkrankungen ist wichtig, die Sulfonamide von vornherein in genügend großer Dosis (mindestens 5–6 g, bis zu 10–12 g täglich beim Erwachsenen) bis zur völligen Entfieberung zu geben und noch einige Tage darüber hinaus, und dabei auch das Medikament auf Gaben von 1 g verteilt Tag und Nacht über mit 2,3 oder höchstens 4stündigem Abstand zu verabreichen, so daß ständig ein entsprechender Sulfonamidspiegel im Organismus erhalten bleibt. Nebenerscheinungen können durch einen Präparatwechsel oder durch Zugabe von Natriumbikarbonat gelindert werden. Als selbstverständlich hat für die Sulfonamidtherapie auch die Voraussetzung zu gelten, daß der Organismus therapeutisch überhaupt noch ansprechbar ist und auf die Krankheit mit eigenen Kräften reagiert: „Blut, Eiter und andere bestimmte Körperzellen sind notwendig, um den vollen Wirkungseffekt der Sulfonamide zu ermöglichen, und zwar nicht nur deshalb, weil aus einigen der therapeutisch verwendeten Verbindungen wie z. B. Pron-tosil und Tibatin die Wirkstoffe erst durch Einwirkung der lebenden Zellen freigelegt werden, sondern weil bestimmte Körperzellen erst den von den Sulfonamiden eingeleiteten Effekt auf die Bakterien bis zu ihrer endgültigen Vernichtung vollenden müssen.“ In diesem Sinn muß auch jede Chemotherapie durch eine individuell angepaßte Allgemeinbehandlung ergänzt werden.

Das mit 133, zum Teil farbigen, Abbildungen ausgestattete Buch wird vor allem dem Kliniker und dem Forscher, der sich mit dem weiteren Ausbau der Chemotherapie beschäftigt, eine willkommene Grundlage zu seinen Arbeiten bieten.

Prof. Dr. K. Saller.

Prof. Dr. Konrad Algermissen: „Das werdende Menschenleben im Schutze der christlichen Ethik.“ Verlagsbuchhandlung Josef Giesel, Celle, 48 Seiten, DM 1.50.

In einer von tiefer sittlicher Verantwortung getragenen Schrift setzt sich der Verfasser für den Schutz des werdenden Menschenlebens ein. Die vielfach propagandistisch oder von fragwürdigen privaten oder parteilichen Sonderinteressen geführte Auseinandersetzung um den § 218 zeugt von dem geistigen und sittlichen Chaos im deutschen Volke. Bei der heutigen Verwirrung des Gewissens, der Schwächung, ja Aufhebung ethischen Denkens und Empfindens ist ein Schutz durch das Gesetz notwendig. Freilich kann eine Gesundung nur vom Ethischen her kommen. Es geht um eine

Grundfrage menschlichen Seins, um die unverrückbaren, ewig gültigen Normen des Naturrechts. Auch nicht politische, wirtschaftliche oder soziale Not, nicht Materialismus und Atheismus und damit schließlich schrankenlose Willkür können das im Menschenleben immanente Gesetz und die transzendenten Beziehungen und Bindungen des Menschenlebens aufheben, denn sonst droht absolute Rechtlosigkeit und ist das Leben überhaupt bedroht. Bei der kritischen Behandlung der verschiedenen Indikationen, wobei namhafte Ärzte und Rechtsgelehrte zitiert werden, wird bei der medizinischen Indikation gezeigt, wie die medizinische Forschung und Erfahrung besonders der letzten Jahre (man denke z. B. an Tuberkulose und Schwangerschaft!) eine Ablehnung dieser Indikationen weitgehend rechtfertigt. Mit sachlicher Kritik wird die soziale Indikation als Auswirkung eines kollektivistischen, rechtspositivistischen Denkens abgelehnt, in dem der Sinn für die Persönlichkeitswertung und die in der Menschennatur gegebenen Menschenrechte verlorengegangen ist. Wirtschaftliche Not stellt nur das auslösende Moment für weit tieferliegende weltanschauliche und ethische Strömungen dar. Freigabe der sozialen Indikation bedeutet nicht die Lösung eines viel umfassenderen sozialen Problems, die auch gar nicht Sache des Arztes sein kann. Es steht das Wohl und Wehe des deutschen Volkes auf dem Spiel. Es ist nicht romantische Schwärmerei, wie immer wieder behauptet wird, sondern Bekenntnis zum sittlichen Naturgesetz, wenn in diesem Zusammenhang der Eid des Hippokrates angeführt wird. Es geht um das Leben als solches, um echtes naturverbundenes Menschentum. Die christliche Ethik bejaht das Naturrecht, unterbaut, klärt und sichert es aus tiefster Verantwortung vor der Unantastbarkeit und Heiligkeit des Lebens. — Die ehrliche, aufrichtige und ernste Sprache des Büchleins zeugt von tiefer Verantwortung gegenüber Mensch und Volk. Es ist zu begrüßen, daß hier sachlich und ohne Polemik die Lösung eines sehr ersten Problems gesucht wird, kompromißlos, aber mit spürbarer Liebe zum Leben.

Dr. Karl Litz

Prof. Dr. med. R. Prévôt: „Grundriß der Röntgenologie des Magen-Darmkanals.“ Nölke-Verlag, Hamburg, DM 24.75.

Wenn man ein Buch von Herrn Prof. Prévôt in die Hände nimmt, so nimmt man es mit bestimmten Erwartungen. Diese Erwartungen sind durch den Grundriß der Röntgenologie des Magen-Darmkanals nicht enttäuscht. In erschöpfender Art behandelt der Verfasser die organischen Erkrankungen des Magen-Darmtrakts. Ausgezeichnete Bilder, die in der Wiedergabe vielleicht noch nicht so vollendet sind wie früher, illustrieren das Buch. Hervorragend ist das, was Prévôt über die präkanzerösen Stadien und über ihre röntgenologischen Niederschläge zu sagen hat. Das Buch gehört in die Hände jedes Röntgenologen und jedes Arztes, der irgendwie am Magen-Darmtrakt interessiert ist.

Dr. Edinger

Berthold Kern: „Die Herzinsuffizienz.“ Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1948, 137 Seiten, kart. DM 9.—

Die Bedeutung des Buches liegt darin, daß Kern es verstanden hat, die physikalischen Gesetze der Hämodynamik auf die Herzinsuffizienz anzuwenden, so konsequent, wie es bisher noch nie versucht wurde. Er kommt infolgedessen zu den klar gezeichneten Krankheitsbildern der Rechts-, Links- und Doppelinuffizienz des Herzens. Ihre Entstehung, ihre Symptome und ihre Erkennung werden anschaulich geschildert. Die Folgen, die daraus von Kern für die Behandlung gezogen werden und sich ihm bewährt haben, sind nicht ohne Bedeutung. Ganz im Vordergrund steht eine ausreichende Behandlung mit Glykosiden; sie kann in einzelnen Fällen zu einer gleichzeitigen Behandlung mit Digitalis und Strophanthin führen. Alles andere, wie Safffasten, Aderlaß, andere Herzmittel usw. tritt in den Hintergrund und manche Therapie, wie starke Beschränkung der Flüssigkeit, Quecksilberdiuretika werden als falsch gekennzeichnet. Das Buch darf jedem Arzt, der sich um die Behandlung der Herzinsuffizienz bemüht, wärmstens empfohlen werden. Er wird an ihm die Richtigkeit oder die Fehler seiner Behandlung prüfen können und nicht wenig aus ihm lernen. Wer aber tiefer in die Cardiologie eindringen will, wird nicht wenig Gewinn haben, kann er doch besonders auch in den beigegeführten historisch-kritischen Betrachtungen die Wege und Irrwege sehen, welche die medizinische Wissenschaft gegangen ist. Kern wirft eine Fülle von Vorstellungen über Bord, sicher meist zu Recht, und reinigt so das wissenschaftliche Denken, dem er am Schluß noch ein besonderes Kapitel widmet, von

falschen Schlüssen und unklaren Begriffen, wie sie gerade bei der Herzinsuffizienz die Vorstellungen vieler Ärzte belasten. Dr. Walther Scharpff

„Deutscher Arztekalendar 1950.“ Taschenbuch für die ärztliche Praxis, 23. Jahrgang. Urban und Schwarzenberg, Berlin-München, 320 Seiten Text, DM 6.—.

Der Deutsche Arztekalendar ist vielen Ärzten ein vertrauter Begleiter. Auch die Ausgabe für das Jahr 1950 vereinigt in der Zusammenstellung des textlichen Teiles wieder viel Wissenswertes für den Arzt. Verständlicherweise kann der Kalender nicht in jedem Jahre alles bringen. Das Ausmaß eines Taschenbuches ist bereits dadurch überschritten, daß der Notizkalender für das ganze Jahr mit eingebunden ist. Vier auswechselbare Kalenderhefte für jedes Quartal wären zweckmäßig, weil dann das Format eines Taschenbuches eingehalten werden könnte. Auch könnten dann dem textlichen Teil wünschenswerte Erweiterungen hinzugefügt werden, wie etwa die Adgo im Anschluß an die Preugo, der Röntgentarif sowie Diätvorschriften für Säuglinge, Kleinkinder und Erwachsene. Viele Ärzte würden es begrüßen, wenn die Vorschriften der FMB und der RF nicht verstreut im alphabetischen Arzneimittelverzeichnis, sondern gesondert zum Abdruck kämen. Auch ein Verzeichnis der jetzt erhältlichen Stada-Präparate wäre erwünscht. In dem Ver-

merk über das Berufsgeheimnis der Ärzte wären auch die Bestimmungen der Reichsarzteordnung und der Berufsordnung für die deutschen Ärzte nützlich. Dr. Möbius

Tarifordnungen für die in öffentlichen Apotheken, bei Ärzten, Zahnärzten, Tierärzten, Dentisten, Heilpraktikern und im Zahntechnikerhandwerk beschäftigten Arbeitnehmer, Droste-Verlag, Düsseldorf 1948, DM 1.—.

Der Droste-Verlag hat sich der Aufgabe unterzogen, die Arbeits- und Lohnbedingungen für die Arbeitnehmer in öffentlichen Apotheken, für das Hilfspersonal der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Dentisten und Heilpraktiker sowie für die in selbständigen zahntechnischen Laboratorien Beschäftigten neu zu verlegen. Die Zusammenstellung kommt einem dringenden Bedürfnis entgegen und hat eine Lücke geschlossen, die sich in den letzten Jahren bei den interessierten Arbeitgebern und Arbeitnehmern immer fühlbarer bemerkbar gemacht hat. Alle Ärzte usw., die Sprechstundenhelferinnen, kaufmännisch-praktische Hilfen, technische Assistentinnen usw. beschäftigen, können sich nunmehr — ohne große Umfragen — wieder selbst über die gegenwärtig geltenden Bestimmungen in bezug auf Gehalt, Arbeitszeit einschließlich Mehr-, Nacht-, Sonn- und Feiertagsarbeit, Urlaub, Krankheit, Beendigung des Arbeitsverhältnisses usw. unterrichten.

Dr. Theiss.

Bekanntmachungen

Deutsche Ärzte für den Iran

Das Iranische Generalkonsulat in Stuttgart bittet uns um Bekanntgabe folgender Mitteilung:

„Ärzte, die sich für die Übernahme einer ärztlichen Tätigkeit im Iran interessieren, werden gebeten, von der Abgabe von Bewerbungen, von Anfragen und unaufgeforderten Besuchen im Generalkonsulat abzusehen. Es wird darauf hingewiesen, daß nach Ubereinkunft die Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. die Bewerbungen bearbeitet. Diese sind deshalb an die Ärztekammer Nord-Württemberg E. V., Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32 (Referent Dr. med. W. Röken) zu richten.“

Nach Mitteilung des zuständigen Referenten ist die Zahl der sich um eine praktische ärztliche Tätigkeit im Iran Bewerbenden so groß, daß jetzt noch eingehende Bewerbungen kaum Berücksichtigung finden können.

Einladung

An der Akademie für ärztliche Fortbildung finden im Monat März 1950 im Hörsaal der II. Med. Klinik der Städt. Krankenanstalten Karlsruhe folgende Vorträge statt, zu denen ich freundlichst einlade:

- Freitag, 3. März 1950, 20 Uhr
Prof. Dr. Göbel, Düsseldorf: „Die Therapie der generalisierten Tuberkulosen im Kindesalter“
- Freitag, 10. März 1950, 20 Uhr
Prof. Dr. Bohnstedt, Marburg (Lahn): „Über neue Relationen des Ekzems und seine Therapie“
- Freitag, 17. März 1950, 20 Uhr
Dr. Glese, Frankfurt (Main): „Der Kinseyreport über die männliche Sexualität in Amerika“
- Freitag, 24. März 1950, 20 Uhr
Dr. Ditzka, Zürich: „Periphere Gefäßstörungen, ihre Diagnostik und Behandlung“

Im Monat April finden keine Vorträge statt.

Der Leiter der Akademie: Prof. Dr. Schoen

Fortbildungskurs für röntgenologisch tätige Ärzte

Die Deutsche Röntgengesellschaft (DRG.) beabsichtigt im Frühjahr 1950 einen physikalisch-technischen Fortbildungskurs für röntgenologisch tätige Ärzte zu veranstalten. Der Kurs soll unter dem Ehrenvorsitz des um den Unterricht auf dem Gebiet der Radiologie so verdienten Prof. Dr. Hans Meyer in der Zeit von Montag, dem 27. bis Donnerstag, den 30. März 1950 in Freiburg stattfinden. Die örtliche Kursleitung

liegt in den Händen der Herren Prof. v. Braunbehrens und Prof. Langendorff.

Anmeldungen und Anfragen sind an diese (Freiburg i. Br., Hugstetterstr. 55) zu richten.

Allergie-Tagung

Eine Allergie-Tagung veranstaltet die Wissenschaftliche Zentralstelle des Heufieberbundes e. V., Köln, vom 20. bis 21. Mai 1950. Als Referenten für die Grundlagenforschung sind aufgefördert die Herren Hansen, H. Schmidt, Orzechowski, Kloos, W. Schade, Wilde und Stüttgen. Der therapeutische Teil sieht Beiträge zur Chemotherapie, Psychotherapie, spezifischen und unspezifischen Desensibilisierung vor (Friebel, Geiger, Albus, Heyer, Gauger und Siemens). Das vollständige Programm und Anmeldekarte sind erhältlich durch den Heufieberbund e. V., Köln-Mülheim, Deutz-Mülheimer Str. 173.

Oswald Bumke †

Am 5. Januar 1950 ist Oswald Bumke, einer der Führer der deutschen Psychiatrie im Alter von 72 Jahren in München am Magenkrebs gestorben. Ein Leben voll Glanz und größter Erfolge in Leistung und Wirkung hat in Stille und Einsamkeit seinen Abschluß gefunden. Pommer von Geburt, Bruder des früheren Reichsgerichtspräsidenten in Leipzig, ein Mann von ungewöhnlicher Begabung, ein Redner und Schriftsteller von imposanter Wirkung, Verfasser eines weltbekannten Lehrbuchs und vieler anderer hervorragender Schriften, ein Kämpfer für eine klare, logisch unangreifbare, exakte Wissenschaft, hat er an den Universitäten Rostock, Breslau, Leipzig und München Generationen von Medizinern Psychiatrie und Neurologie vorgetragen und seine Klinik weithin berühmt gemacht. Psychologie und Erkenntnistheorie waren ihm vertraute Gebiete; seine psychologischen Arbeiten haben sehr weite Verbreitung gefunden. In Freiburg bei Alfred Hoche hatte sein Geist sich geformt; in ihm verehrte er seinen Lehrer und Meister in Problemstellung und -lösung, zwar weniger skeptisch und resignativ als Hoche, aber gleich ihm ein scharfsinniger Logiker und Dialektiker, ein Feind alles „Halbdunklen“ und Unbeweisbaren, ein Gegner der Lehre von „Unbewußten“, ein scharfer Bekämpfer des Wissenschaftsanspruchs der von Freud ausgehenden „Psychoanalyse“ als einer exakten, beweisbaren wissenschaftlichen Lehre. Ganz im Rationalen stehend, unterschätzte er die Welt der irrationalen seelischen Kräfte und mißtraute den „Deutungen“ einer einführenden pansexualistischen Tiefenpsychologie. Mag er dabei im Eifer des Kampfes manchmal übersehen haben, daß die menschliche Ratio nicht allein die Führerin zu letzter und tiefster Erkenntnis sein kann

und daß Shakespeares Wort von den „Dingen zwischen Himmel und Erde, von denen unsere Schulweisheit sich nichts träumen läßt“, noch immer zu Recht besteht, so muß an Bumkes Grab doch betont werden, daß sein Fleiß und sein Wissen groß, seine Logik scharfsinnig und sein Verantwortungsgefühl für den unantastbaren Ernst der von ihm vertretenen exakten Naturwissenschaft „Psychiatrie“ immer lebendig war. Sein Horizont war weit, seine allgemeine Bildung sehr vielseitig. In der Geschichte der medizinischen

Forschung wird er als ein Führer seiner Wissenschaft fortleben; wir, die wir ihm näherstanden, vor allem im ersten Drittel dieses Jahrhunderts mit ihm zusammen am Baue unserer Wissenschaft arbeiteten, werden die Kraft seiner Persönlichkeit, die Meisterschaft seiner Rede und Schrift, den Reichtum seines vielseitigen Geistes und — ich darf dies hier andeuten — das Leid seiner späteren Vereinsamung nach dem Tode seiner Gattin in lebhafter Erinnerung behalten.
Prof. R. Gaupp sen.

ÄRZTEKAMMER NORD-WÜRTTEMBERG E. V.
KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG LANDESSTELLE WÜRTTEMBERG (US-ZONE)
Geschäftsstelle: Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32, Telefon 7 60 44 und 7 60 45

Bevorzugte Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit für Spätheimkehrer aus Kriegsgefangenschaft und für Ostflüchtlinge

Das Arbeitsministerium Württemberg-Baden hat mit Erlaß vom 3. Januar 1950, Az. III K 302/44 — III K 307/21, die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, die Kassendentistischen Vereinigungen und die Verbände der Krankenkassen angewiesen, entsprechend den Grundsätzen der in Aussicht stehenden gesetzlichen Regelung (Heimkehrergesetz) dafür Sorge zu tragen, daß Spätheimkehrer aus langdauernder Kriegsgefangenschaft (Rückkehr nach dem 1. Januar 1948) bevorzugt an der kassenärztlichen Versorgung beteiligt werden, sofern sie die Voraussetzungen für eine Zulassung erfüllt haben. Auch Flüchtlingsärzte, die in den ehemaligen deutschen Ostgebieten bereits vor dem 4. September 1939 zugelassene Kassenärzte gewesen und im Besitz eines Flüchtlingsausweises sind, sollen in gleicher Weise bevorzugt beteiligt werden.

Für das Gebiet der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg haben die Beauftragten der Vertragsparteien (früher Zulassungsausschuß) in Ausführung dieses Erlasses am 2. Februar 1950 beschlossen, diejenigen Ärzte an der kassenärztlichen Versorgung zu beteiligen, auf welche der genannte Erlaß Anwendung findet. Es handelt sich dabei zunächst um 33 Ärzte, von denen 26 Spätheimkehrer und 7 Ostflüchtlinge sind.

Dazu sei bemerkt, daß das Zulassungsverfahren durch obigen Erlaß und dessen Ausführung nicht beeinträchtigt wird; die Ansprüche und Rechte anderer Anwärter auf Kasenzulassung bleiben ungeschmälert. Die Beauftragten der Vertragsparteien sind weiterhin berechtigt, zur Behebung von Notständen Beteiligungen an der kassenärztlichen Versorgung auszusprechen, solange eine rechtsverbindliche Zulassungsordnung noch nicht besteht. Es ist aber damit zu rechnen, daß der Zustand im Zulassungswesen, der im Juni 1949 durch das Verbot der Zulassungsordnung seitens der Militärregierung entstanden ist, in absehbarer Zeit behoben sein wird. Der Erlaß einer Zulassungsordnung für das gesamte Bundesgebiet ist zu erwarten, und damit wird das normale Zulassungsverfahren wieder einsetzen.

Lungentuberkulose als Berufskrankheit

Bekanntmachung des Staatsministeriums über die Durchführung der Vorschriften der Berufsgenossenschaften und anderer Träger der Unfallversicherung zur Verhütung der Lungentuberkulose als Berufskrankheit im Landesbezirk Württemberg vom 7. Oktober 1949

Für die fachärztlichen Untersuchungen zur Durchführung der Vorschriften der Berufsgenossenschaften und anderer Träger der Unfallversicherung zur Verhütung der Lungentuberkulose als Berufskrankheit im Landesbezirk Württemberg wird folgendes bekanntgegeben:

Nach § 848 a RVO. haben die Arbeitgeber, also auch die Körperschaften und Anstalten des öffentlichen Rechts die Verpflichtung, die von den Berufsgenossenschaften usw. zur Verhütung von Unfällen (Berufskrankheiten) erlassenen Vorschriften in ihrem Betrieb durchzuführen. Es obliegt hiernach den Arbeitgebern, die von den Berufsgenossenschaften angeordneten fachärztlichen Untersuchungen zur Verhütung der Lungentuberkulose als Berufskrankheit auf ihre Kosten selbst vorzunehmen oder vornehmen zu lassen. Sie haben sie selbst vorzunehmen, wenn sie eigene Einrichtungen hierfür haben.

Andernfalls müssen sie sich hierzu fremder Einrichtungen bedienen.

Die Tuberkulosefürsorgestellen der Gesundheitsämter stehen für diese Untersuchungen wie folgt zur Verfügung:

Das Gesundheitsamt übernimmt die Untersuchung aller derjenigen Personen, die im Gesundheitswesen tätig sind oder anderweitig über das verkehrsübliche Maß hinausgehend regelmäßig mit tuberkulosekranken Personen zu tun haben (z. B. in der Abteilung Tuberkulosehilfe der Stadt- und Landkreise) und deshalb nach den Verhütungsvorschriften in Zeitabständen von weniger als einem Jahr fachärztlich untersucht werden müssen, wenn dem Arbeitgeber die hierzu erforderlichen Einrichtungen nicht zur Verfügung stehen. Das Gesundheitsamt führt diese Untersuchungen unentgeltlich durch. Soweit darüber hinaus in der zurückliegenden Zeit die unentgeltliche Vornahme von fachärztlichen Untersuchungen durch die Gesundheitsämter angeordnet wurde, hat es dabei sein Bewenden.

Alle anderen fachärztlichen Untersuchungen zur Verhütung der Lungentuberkulose als Berufskrankheit können von den Gesundheitsämtern nur insoweit übernommen werden, als andere Einrichtungen hierfür nicht zur Verfügung stehen (Lungenfachärzte, Röntgeninstitute, Krankenanstalten usw.) und die Erfüllung der Dienstaufgaben es zuläßt. Die Gesundheitsämter erheben für diese Untersuchungen von Arbeitgebern folgende Gebühren:

I. für Reihenuntersuchungen mit Eintragung eines kurzen Befundvermerks in eine vom Arbeitgeber vorzulegende Liste	DM
a) für eine Reihendurchleuchtung	—,50
b) für eine Schirmbildaufnahme	—,75
c) wenn ein besonderer Befundschein verlangt wird, daneben	3,—
d) wenn ein Zeugnis mit kurzer gutachtlicher Äußerung verlangt wird, an Stelle der Gebühren a—c	5,—
II. für eine Einzeldurchleuchtung mit kurzer gutachtlicher Äußerung gemäß Tarifstelle A 15	5,—
III. für Röntgenfilm- und -papieraufnahme je nach Filmgröße 6, 8 oder 10	10,—
für Durchleuchtungen, die einer gebührenpflichtigen Aufnahme unmittelbar vorangehen, wird keine Gebühr erhoben;	
IV. a) für die klinische Untersuchung einschließlich Tuberkulinprobe und Befundschein gemäß Tarifstelle A 10	3,—
b) für die gleiche Untersuchung, wenn nähere gutachtliche Äußerung verlangt wird gemäß Tarifstelle A 11	5,—

Röntgenaufnahmen sind gemäß Nr. III in jedem Fall (auch bei den gezielten Untersuchungen) gebührenpflichtig, wenn sie vom Arbeitgeber auf Grund der Unfallverhütungsvorschriften beim Gesundheitsamt ausdrücklich angefordert werden. Röntgenaufnahmen, die der Tuberkulosefürsorgearzt zur Erfüllung der den Gesundheitsämtern gesetzlich obliegenden Aufgaben auf dem Gebiet der Tuberkulosefürsorge für notwendig erachtet, sind dagegen gebührenfrei vorzunehmen. Solche Aufnahmen sind jedoch auf besondere begründete Fälle zu beschränken.

Das Gesundheitsamt entscheidet im Zweifelsfall, wer zu den unentgeltlich oder entgeltlich zu Untersuchenden gehört.

Die Unfallfürsorge für die Beamten trägt der Dienstherr nach den beamtenrechtlichen Vorschriften. Nach diesen gilt auch für die Beamten eine Berufserkrankung als Dienstunfall.

Es wird daher bestimmt, daß die Vorschriften der Berufsgenossenschaften über die Verhütung der Lungentuberkulose als Berufskrankheit und die Bestimmungen dieser Bekanntmachung über die fachärztlichen Untersuchungen auf die Beamten der Staatsverwaltungen im Landesbezirk Württemberg entsprechend anzuwenden sind. Den der Dienstaufsicht der Ministerien unterstehenden Körperschaften und Anstalten des öffentlichen Rechts wird empfohlen, in gleicher Weise zu verfahren.

Die Gesundheitsämter sind nach § 61 Abs. 3 der 3. Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 30. März 1935 (Reichsministerialblatt S. 327) verpflichtet, die tuberkulosegefährdeten Personen planmäßig zu untersuchen und ärztlich zu beraten. Sie werden deshalb nicht nur im oben bezeichneten Umfang die fachärztlichen Untersuchungen durchführen, sondern sich auch vergewissern, ob die Arbeitgeber ihren Verpflichtungen regelmäßig nachkommen. Sie haben zu diesem Zweck sich die erforderlichen Unterlagen von den Arbeitgebern zu beschaffen.

Einladung

Die Ärzteschaft des Kreises Göppingen veranstaltet am **Samstag, dem 18. März 1950**, einen

Fortbildungs-Nachmittag

mit folgender Vortragsfolge:

1. **Chefarzt Dr. med. Otto Gsell** (St. Gallen): „Differentialdiagnose atypischer Pneumonien“
2. **Prof. Dr. med. Ludwig Heilmeyer** (Freiburg i. Br.): „Neuere Forschungen über die Beeinflussung der Entzündung und des rheumatischen Krankheitsgeschehens“
3. **Prof. Dr. med. Burghard Bretnner** (Innsbruck): „Fort-schritte der modernen Chirurgie“

Anschließend an die Vorträge ist ein geselliges Beisammensein beabsichtigt.

Die Veranstaltung findet in den **Zentralkliniken Göppingen** (Arztkasino) statt und beginnt um **15.00 Uhr**.

Es wird hiermit herzlich zur Teilnahme eingeladen.

Wegen des zu erwartenden großen Interesses wird — um allenfalls Plätze zusichern zu können — um **baldmöglichste schriftliche Anmeldung** gebeten an: **Dr. med. Heinrich Zeller**, Göppingen, Burgstraße 1. Dabei möge auch vermerkt werden, ob eine Teilnahme am abendlichen Beisammensein gewünscht wird. Sofern Ankunft mit der Bahn erfolgt, möge auch diese erwähnt werden, damit evtl. für Fahrtmöglichkeit nach den Zentralkliniken gesorgt werden kann.

Arztekammer Nord-Württemberg E. V.

Fortbildungsausschuß

Prof. Dr. Dennig

Arzteschaft des Kreises Göppingen

Dr. Dreiss

Nachruf für Herrn Dr. Karl Andrassy

Am 27. November 1949 starb in Böblingen im 90. Lebensjahr **Medizinalrat Dr. Andrassy**, von 1897 bis 1930 Chefarzt des Kreiskrankenhauses Böblingen, dessen Begründer er einst war.

Geboren am 20. Juni 1860 als Sohn des Pfarrers A. in Frieolzheim bei Leonberg, besuchte er das Gymnasium Heilbronn

und studierte in Tübingen und München. Seine Lehrer waren u. a. von Bruns, Liebermeister, Ziemssen, Nußbaum. Nach Staatsexamen und Militärdienst bildete er sich in Wien bei Billroth weiter aus und wurde dann Assistenzarzt an der Chirurgischen Klinik Tübingen bei Prof. von Bruns. Eine Arbeit über eine neue Behandlung von kalten Abszessen durch Einspritzen von Jodoformäther machte ihn dort bekannt.

Sein Drang nach Selbständigkeit veranlaßte ihn, Böblingen bei Stuttgart als Arztsitz zu wählen, wo ihm sein Fleiß, sein gutes ärztliches Auge und seine soliden Kenntnisse bald einen großen Zulauf verschafften. 1897 wurde ihm der Ausbau des neu errichteten Bezirkskrankenhauses Böblingen übertragen, dazu führte er nebenamtlich die Geschäfte des Oberamtsarztes, was heute kaum mehr vorstellbar erscheint.

Seine Frau half ihm dabei in treuer Mitarbeit die Schreibarbeiten zu bewältigen. Durch seine überdurchschnittliche chirurgische Begabung verbreitete er bald den Ruf des Böblingener Krankenhauses weit über seine Grenzen trotz der unmittelbaren Nachbarschaft Tübingens und Stuttgarts. Eine Reihe wissenschaftlicher Arbeiten über Kropf, Bauchoperationen, Magenkrebs, Kaiserschnittsfragen etc. stammen aus seiner Feder. Seine bekannteste war über die Erkennung des entzündlichen Coecaltumors mit eosinophiler Infiltration als Folge der Wurmerkrankung der Bevölkerung nach dem 1. Weltkrieg, die auch heute wieder aktuell ist.

Sein reger Geist hielt jeden gefangen, der mit ihm in Berührung kam. Er war Mitbegründer der Mittelrheinischen Chirurgengesellschaft in Württemberg und lange Zeit Delegierter in der Ärzteschaft in Stuttgart. Sein vornehmes, kollegiales Wesen wurde von Herrn Dr. Haas, Böblingen, besonders betont, der im Namen der älteren Ärztegeneration einen Kranz an seinem Grabe niederlegte.

Schwere Schicksalsschläge in der eigenen Familie blieben ihm nicht erspart, doch durfte er bis zum Ende im Vollbesitz seiner Geisteskräfte bleiben. Sein Bild bleibt allen unvergessen, die ihn gekannt haben, und besonders in der Landbevölkerung des Kreises Böblingen ist seine starke Persönlichkeit tief verwurzelt. Das Kreiskrankenhaus Böblingen, dem er so viel Mühe und Arbeit gewidmet hat, verdankt die Grundlagen zu seinem jetzigen modernen Ausbau seiner schöpferischen Tätigkeit und wird mit seinem Namen stets verbunden bleiben.

Dr. Hartmann, Weil im Schönbuch

Einführungslehrgänge für die Kassenpraxis

Der zweite diesjährige Lehrgang findet am 18. und 19. März 1950 in Stuttgart-Degerloch statt. Anmeldungen von nichtteilnahmepflichtigen Ärzten können noch entgegengenommen werden (vgl. Heft 12/49 S. 248).

Kassenärztliche Vereinigung
Landesstelle Württemberg

Arzdebücherei 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 täglich außer Samstag und Sonntag von 8—17 Uhr.

ARZTEKAMMER WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

Geschäftsstelle: Tübingen, Rottenburger Straße, gegenüber dem Univ.-Stadion, Telefon 3721

Ausschreibung von Kassenarztstellen

Um ausgeschriebene Kassenarztstellen kann sich jeder in das Arztregister eingetragene Arzt bewerben. Eine gleichzeitige Bewerbung um mehr als 3 Stellen vor dem Zulassungsausschuß im gleichen Verfahren ist unzulässig.

Voraussetzung für die Kassenzulassung ist eine mindestens 3jährige Vorbereitungszeit auf die Kassenpraxis nach bestandem Staatsexamen.

Die Bewerbungen haben schriftlich und fristgerecht zu erfolgen; dem Bewerbungsschreiben sind folgende Urkunden in beglaubigter Abschrift beizufügen:

1. Geburtsurkunde und gegebenenfalls Heiratsurkunde,

2. Approbationsurkunde,
3. Bescheinigungen über die seit der Approbation ausgeübte ärztliche Tätigkeit,
4. Facharztanerkennung, falls der Bewerber sich um Zulassung als Facharzt bewirbt,
5. Bescheinigung über die Eintragung ins Arztregister,
6. polizeiliches Führungszeugnis,
7. Bescheinigung der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich der Bewerber bisher niedergelassen oder zur Kassenpraxis zugelassen war, über Ort und Dauer der bisherigen Nieder- und Zulassung,
8. eine Erklärung des Bewerbers, daß er nicht rauchgift-süchtig ist oder war.

Der Bewerber hat eine Erklärung beizufügen, aus der sich das Ergebnis oder der Stand seiner politischen Vergangenheit erkennen läßt.

Außerdem ist in einem kurzen Lebenslauf das Geburtsjahr, Heimatzugehörigkeit, Familienstand, Konfession, Approbation und Staatsangehörigkeit anzugeben.

Weiterhin, ob Kriegsteilnehmer, schwerkriegsbeschädigt, wo und welche Ausbildung genossen, ob das Landvierteljahr abgeleistet ist. Bei Bewerbungen um Stadtpraxen, ob bereits über 5 Jahre auf dem Land niedergelassen gewesen, ob in Auswirkung eines Beamten- oder Angestelltenverhältnisses Einnahmen bezogen werden und in welcher Höhe, politische Beurteilung und ob aus rassischen oder politischen Gründen Stelle verloren wurde.

Die Verhandlungen, Beratungen und Beschlüßfassungen der Zulassungsinstanzen sind nicht öffentlich, jedoch kann der Bewerber zu seiner Bewerbung persönlich gehört werden.

Mit dem Antrag auf Zulassung hat der Bewerber 10 DM zu zahlen. Im Falle der Zulassung werden diese auf die Gebühr (§ 45, Abs. 2) angerechnet, im Falle der Ablehnung sind sie (§ 45, Abs. 3 und 4) verfallen.

Es werden folgende Stellen ausgeschrieben:

Ravensburg	Facharzt f. Augenkrankheiten
Waldsee, Kr. Ravensburg	Facharzt f. Innere Krankheiten
Wangen i. Allg.	Facharzt f. Innere Krankheiten
Friedrichshafen	Facharzt f. Urologie
Metzingen Kr. Reutlingen	Facharzt f. Innere Krankheiten
Tuttlingen	Facharzt f. Röntgenologie
Reutlingen	Facharzt f. Orthopädie
Trossingen, Kr. Tuttlingen	prakt. Arzt
Onstmettingen, Kr. Balingen	prakt. Arzt
Schömburg, Kr. Balingen	prakt. Arzt
Urach, Kr. Reutlingen	prakt. Arzt
Pfullingen, Kr. Reutlingen	prakt. Arzt
Lossburg, Kr. Freudenstadt	prakt. Arzt

Die Bewerbungen für o. a. Kassenarztsitze sind innerhalb von 14 Tagen nach dem Erscheinen dieses Arzteblattes bei der Kassenärztlichen Vereinigung Württemberg-Hohenzollern, Abt. Zulassungsausschuß, Tübingen, Rottenburger Str., gegenüber dem Univ.-Stadion, einzureichen.

Später eingegangene Bewerbungen können nicht berücksichtigt werden.

Prof. Dr. Martin Heidenhain zum Gedenken

Am 14. Dezember 1949, gerade eine Woche nach Vollendung seines 85. Lebensjahres, verschied der Tübinger Altmeister und Nestor der deutschen Anatomen, Prof.

Dr. Martin Heidenhain nach einem ungewöhnlich arbeits- aber auch erfolgreichen und erfüllten Leben. Mit ihm ging ein Großer im Reiche der Wissenschaft von uns. Geboren am 7. Dezember 1864 in Breslau entstammt er einer hervorragenden Arztfamilie. Erfüllt von leidenschaftlichem Forscherdrang und begeisterter Schaffensfreude entwickelte er die ihm von seinen Vorfahren überkommenen glänzenden Anlagen durch stete Übung zu besonderer Höhe. Von 1899—1949, also ein halbes Jahrhundert, war er Mitglied unserer Landesuniversität und hat durch seine überragenden Leistungen als Forscher wie als akademischer Lehrer viel zu deren Ruf beigetragen. Mit der von ihm in planmäßiger, unermüdlicher Arbeit aufs feinste ausgebildeten Mikrotechnik gewann er nicht nur Weltruf, sondern hat mit ihr in klassischen Untersuchungen den Aufbau des Körpers in mannigfaltiger Beziehung grundlegend aufgeklärt. Das Bahnbrechende seines Lebenswerkes war, daß er gegenüber der bei seinen meisten Zeitgenossen üblichen zerstückelnden Betrachtungsweise nachdrücklich auf die großen naturgegebenen inneren Zusammenhänge hinwies und so — allen Widerständen zum Trotz — die ganzheitliche Betrachtung einführte. Damit gelangte er zu einer ganz neuen, großartigen Auffassung der Gesetzmäßigkeiten im Entwicklungsgeschehen des Organismus und wurde zum Begründer der „Synthetischen Anatomie“, deren folgereiche Auswirkungen erst in der Zukunft voll zur Geltung kommen werden. — Als akademischer Lehrer zog er die Hörer nicht nur durch die Schönheit der nach seinen Methoden hergestellten Mikropräparate, sondern auch durch den Reichtum und die Originalität seiner wissenschaftlichen Gedanken wie durch seinen geistreichen Witz in Bann. So werden weiteste Kreise der deutschen und insbesondere der schwäbischen Ärzteschaft ihrem hochverdienten Lehrer stets ein treues, dankbares Gedenken bewahren. — In der Anatomie und der biologisch-morphologischen Forschung aber wird Heidenhains schöpferische Genialität fruchtbringend weiterwirken.

Jacobj

ARZTEKAMMER NORD-BADEN

Geschäftsstelle: Karlsruhe, Röntgenstraße 5, Telefon 1144

Einführungslehrgang in die Kassenpraxis

Die Landesstelle Nord-Baden veranstaltet am 11. März 1950 in Heidelberg einen Einführungslehrgang in die Kassenpraxis. Zur Teilnahme verpflichtet sind alle Ärzte, die nach dem 8. Mai 1945 zur kassenärztlichen Tätigkeit zugelassen oder beteiligt wurden. Auch für die Beteiligung an der Ersatzkassenpraxis ist die Teilnahme an einem Einführungslehrgang unerläßliche Voraussetzung. Ärzte, die an diesem Lehrgang teilnehmen wollen, werden gebeten, bis 28. Februar 1950 ihre Anmeldung zu richten an die **Kassenärztliche Vereinigung, Landesstelle Nord-Baden, Mannheim, Renzstr. 11**. Bekanntgabe des Programms und des Zeitpunktes erfolgt rechtzeitig von der Landesstelle.

Tagung der Ärztekammer Nord-Baden e. V. am 25. Januar 1950 in Karlsruhe

Vorsitzender Dr. Geiger

Tagesordnung:

1. Ärztekammer und Hartmannbund.
2. Ärztekammer Nord-Baden e. V. Stellungnahme zum Inkrafttreten des bayer. Ärztegesetzes, Auswirkung auf die Rentenversicherung und gegebenenfalls der Rentenaufwertung.

3. Gemeinschaftshilfe.
4. Neuwahl-Wahlordnung.
5. Pressereferent.
6. Verschiedenes.

In den lebhaften Diskussionen wurde zu den verschiedenen Punkten folgende Stellungnahme herausgearbeitet:

- ad 1. Kann der Hartmannbund alle Aufgaben der Kammer, KVD. und des Marburger Bundes allein übernehmen? Diese Frage ist zu verneinen. Es ist eine strenge Abgrenzung der Aufgabengebiete notwendig, damit nicht durch Uneinigkeit innerhalb der Ärzteschaft nach außen hin weiterer Schaden gestiftet wird.
- ad 2. Die Entwicklung der Ärztesetzgebung in der gesamten Westzone drängt dahin, daß alle Ärztekammern wieder Körperschaften des öffentlichen Rechts werden. Auch in Baden-Württemberg läßt sich diese Entwicklung nicht aufhalten. Der Landtag wird sich mit dieser Frage eingehend beschäftigen müssen, schon im Hinblick auf die Altersversorgung der Ärzte. Die württembergisch-nordbadische Regierung wird um eine klare Stellungnahme ersucht. Eine Ärztekammer e. V. kann, wie bisher alle Verhandlungen gezeigt haben, keine Altersversorgung durchführen. Es ist nicht zu erwarten, daß die Bundesregierung ein Gesetz über die

Altersversorgung der deutschen Ärzte erläßt. Eine Abstimmung unter den gewählten Vertretern der Ärztekammer Nord-Baden e. V. ergab, daß weitaus die meisten Vertreter für die Wiedereinführung der früheren Ärztekammer als Körperschaft des öffentlichen Rechts sind.

- ad 3. Die Gemeinschaftshilfe, die seit Jahrzehnten in Großstädten wie Mannheim und Arztbezirken wie der Pfalz besteht, wird immer wieder von Versicherungsvertretern als ungesetzlich angegriffen. Rechtlich konnten bisher keinerlei Einwendungen gegen sie gemacht werden. Die meisten Ärzte Nord-Badens haben sich ihr angeschlossen.

ad 4. Die Wahlordnung ist ausgearbeitet und beschlossen. Eine Neuwahl kann vorläufig deshalb nicht vorgenommen werden, da in allernächster Zeit entschieden werden muß, ob Baden-Württemberg und Hessen als einzige Staaten Sondergesetze innerhalb des Bundesgebiets erhalten sollen. Unter dem Punkt Verschiedenes wurde beschlossen, daß Ärzte, die aus Altersgründen oder Invaldität keinen Beruf mehr ausüben, vom Kammerbeitrag befreit sind. Da in einzelnen Kammerbezirken Streitfälle zwischen Ärzten bestehen, wurde ein Ehrenrat gewählt, der sich mit diesen Fällen befassen soll. Ihm gehören an: Dr. Jelito-Mannheim, Dr. Wysocki-Heidelberg, Dr. Barniske-Mannheim.

LANDESÄRZTEKAMMER SÜDBADEN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SÜDBADEN

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

Ausschreibung von Kassenarztstellen

Folgende Kassenarztstellen sind zu besetzen:

- Rielasingen,
Landkr. Konstanz für einen praktischen Arzt
Offenburg für einen Facharzt für Innere Medizin
Freiburg für einen Facharzt für Lungenkrankheiten

Bewerbungen um diese Kassenarztsitze sind innerhalb von 14 Tagen nach dem Erscheinen dieses Arzteblattes beim Zulassungsausschuß der Landesärztekammer Süd-Baden, Freiburg, Karlstraße 34, einzureichen. Die Bewerber müssen im Arztregister Süd-Baden eingetragen sein und den Nachweis erbringen, daß sie die dreijährige Vorbereitungszeit (nach Staatsexamen gerechnet) für die kassenärztliche Tätigkeit erfüllt haben.

Außer der für den Eintrag ins Arztregister erforderlichen Geburtsurkunde, Approbationsurkunde, Bescheinigungen über die seit der Approbation ausgeübte Tätigkeit, des polizeilichen Führungszeugnisses und des Entnazifizierungsbescheides sind erforderlich:

1. ein Lebenslauf,
2. eine Bescheinigung der Ärztekammer bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich der Bewerber bisher niedergelassen oder zur Kassenpraxis zugelassen war, aus der sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung und Zulassung ergeben,
3. eine schriftliche Erklärung des Bewerbers, daß er nicht rauschgiftsüchtig ist oder gewesen ist.

Landesärztekammer Süd-Baden
Zulassungsausschuß

Marburger Bund

Am 23. November 1949 fand in Freiburg die Gründungsversammlung der Landesvereinigung Südbaden der angestellten Ärzte e. V. — Marburger Bund — statt.

Es wurden gewählt zum 1. Vorsitzenden Dr. Manfred Keim, 2. Vorsitzenden Dr. Dieter Schareck, 3. Vorsitzenden Dr. Helmut Steiert.

75. Geburtstag Professor Nible

Herr Prof. Dr. Nible, Leiter des Bakteriologischen Forschungsinstituts Freiburg, Stefan-Meier-Str. 26, vollendete am 30. Dezember 1949 sein 75. Lebensjahr. Herr Prof. Nible war lange Zeit Leiter des Badischen Medizinal-Untersuchungsamtes. Späterhin hat er sich als Leiter eines eigenen Bakteriologischen Instituts wertvollen wissenschaftlichen Forschungsarbeiten gewidmet. Er ist besonders durch das von ihm erfundene Heilmittel „Mutaflor“ bekanntgeworden.

70. Geburtstag Professor Rehn

Am 20. Januar beging Professor Eduard Rehn in Freiburg seinen 70. Geburtstag im Kreise seiner Schüler, die sich in großer Zahl um ihn versammelt hatten und in einem Festakt im Hörsaal seiner Klinik, bei dem seine Wirkung als Arzt und Wissenschaftler von berufenster Seite gewürdigt wurde. Wer das Glück hatte, den Jubilar an seinem Festtag zu sehen, dem erstarben die stereotypen Worte von „bemerkenswerter körperlicher und geistiger Frische“ im Munde.

Hier feierte ein junger Mann seinen 70. Geburtstag. Rehn wirkt wie der gültige Beweis für den entscheidenden Einfluß

des Temperaments auf die Gestaltung menschlichen Lebens und Wirkens. Seine Natürlichkeit, seine bejahende Arbeitsmethode geben seiner Klinik den Ausdruck und der ärztlichen Zusammenarbeit mit ihm das Gepräge.

In allem das Gegenteil eines trockenen Gelehrten verbindet er als Direktor der Freiburger Klinik die wissenschaftliche Autorität des Lehrers mit der warmen Aufgeschlossenheit des Arztes und der überzeugenden Frische des chirurgischen Könners zur Freude aller badischen Ärzte, die an diesem Tag glückwünschend Anteil nahmen.

Landesärztekammer Süd-Baden

80. Geburtstag Geheimrat Uhlenhuth

Am 7. Januar dieses Jahres beging der Hygieniker Geheimrat Prof. Dr. Paul Uhlenhuth in bester Gesundheit seinen 80. Geburtstag. Zahlreiche Schüler, Kollegen und Freunde feierten ihn und brachten ihre Glückwünsche dar in einer Fest Sitzung der Medizinischen Fakultät, bei der Prof. Fromme Uhlenhuth's Bedeutung für die Entwicklung der Serologie und Chemotherapie, insbesondere seine Entdeckung der Arsen- und Antimonbehandlung zahlreicher Infektionskrankheiten hervorhob. Die niedersächsische Regierung überbrachte durch Prof. Messerschmidt die Ernennung zum aktiven Mitglied des Landesgesundheitsrates von Niedersachsen und feierte Uhlenhuth als den größten lebenden Forscher des deutschen Volkes.

Uhlenhuth hat nach seiner Emeritierung die wissenschaftliche Arbeit nicht ruhen lassen und arbeitet jetzt noch in seinem privaten Laboratorium an vielen wissenschaftlichen Problemen mit bestem Erfolg. Der Wunsch aller vereint sich darin, daß Uhlenhuth auch weiterhin in voller Gesundheit und geistiger Frische weiterarbeiten möge.

Landesärztekammer Süd-Baden

Nachruf

Am 30. Oktober 1949 verstarb im Alter von 66 Jahren an den Folgen eines schweren chronischen Leidens, das ihn seit längerer Zeit befallen hatte, Herr Dr. med. Wilhelm Bettinger, Chefarzt des Kurhauses und Augensanatoriums Höchenschwand.

Der Verstorbene hat seit Jahrzehnten in vorbildlicher Weise die Patienten der Höchenschwander Kuranstalten betreut und außerdem noch unter Aufbietung seiner ganzen Kraft die ärztliche Praxis auf dem Höchenschwander Berg ausgeübt. Er war ein pflichtbewußter, menschlich fühlender Arzt, der über ein reiches Maß von Kenntnissen und Erfahrungen verfügte, und der auch unter den Kollegen des Bezirks auf Grund seiner persönlichen Eigenschaften großes Ansehen genoß.

Die Bezirksärztekammer Waldshut betrauert in dem Heimgegangenen einen hochgeschätzten Kollegen.

Bezirksärztekammer Waldshut

Nachruf

Am 12. Januar 1950 verstarb nach längerer Krankheit Herr Dr. med. Heinrich Engert, praktischer Arzt in Wyhlen, Kreis Lörrach. Der Verstorbene hat seit seiner Niederlassung in Wyhlen im Jahre 1902 fast ein halbes Jahrhundert in vorbildlicher Weise seine Praxis versehen. Er war seinen zahlreichen Patienten ein stets hilfsbereiter und unermüdlicher

Arzt. Die Mitglieder der Bezirksärztekammer Lörrach bedauern aufs tiefste den Verlust des als Arzt und Mensch gleich hochgeachteten Kollegen.

Bezirksärztekammer Lörrach

Nachruf

Am 15. Januar 1950 wurde Herr Dr. med. Paul Rochus Florack, praktischer Arzt in Uhlingen, im 53. Lebensjahre von seinem schweren Leiden erlöst. Herr Dr. Florack hat eine große und schwierige Landpraxis, die in gebirgiger Gegend und besonders im Winter die größten Anforderungen an seinen persönlichen Einsatz stellte, zweieinhalb Jahrzehnte lang unermüdlich versehen. Ausgestattet mit einem glücklichen rheinischen Temperament verfügte er über eine große Lebenserfahrung und ein reiches ärztliches Wissen, das seinen vielen Patienten die langen Jahre hindurch zugute kam.

Die Bezirksärztekammer Waldshut trauert um einen bekannten und angesehenen Kollegen.

Bezirksärztekammer Waldshut

Persönliche Nachrichten

Im Bereich der Landesärztekammer Süd-Baden starben:
am 24. Januar 1950 Dr. med. Melchior Stenglein, praktischer Arzt in Stockach, im Alter von 67 Jahren
am 27. Januar 1950 Dr. med. Georg Gessler, praktischer Arzt in Überlingen, im Alter von 93 Jahren.

Suchanzeige

Betr.: Swienkierski, Kasimir, geb. ca. 1920/23.
Zur Klärung eines speziellen Nachforschungsfalles suchen wir Nervenärzte, die im Herbst 1943 in den Kriegslazaretten von Cherson Dienst getan haben. Die betreffenden Ärzte werden gebeten, sich beim Roten Kreuz, Suchdienst-Verbindungsstelle, Berlin-Dahlem, im Dol 2, zu melden.

Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten

52. Woche 1949 — 3. Woche 1950

(26. Dezember 1949 — 21. Januar 1950)

Landesbezirke	Woche	N = Neuerkrankungen T = Todesfälle		Mißbrand	Pocken	Diphtherie	Scharlach	Tuberkulose Lunge u. Kehlkopf	Tuberkulose anderer Organe	Keuchhusten	Übertragbare Genickstarre	Übertragbare Kinderlähmung	Tripper	Syphilis	Unterleibstypus	Paratyphus	Übertragbare Ruhr	Bakterielle Lebens- mittelvergiftung	Baugische Krankheit Übertragbare Gelbsucht (Hepatitis)	Krätze	Übertragbare Gebirnsentzündung	Tollwut	Malaria	Grippe	Masern	Kindbettfieber nach Geburt	Kindbettfieber nach Fehlgeburt	Trachom	Weilche Krankheit	
		N	T																											
Nord-Württemberg	52.	N 21	T 199			29	6	26			3	73	36	5	1				1							18				
	1.	N 28	T 124			66	14	11		1	2	66	26	2	1		1		1	3					10					
	2.	N 38	T 172			79	3	33		1	1	102	55	4	2			2		5	2			15	22					
	3.	N 32	T 122			78	17	55				98	42	3	1					2	5				6	13		1		
Württemberg- Hohenzollern und Kreis Lindau	52.	N 6	T 16			9	1	20				4	6	1	1	1								1	17	2				
	1.	N 4	T 15			11		25		1		8	4						1						19	79				
	2.	N 11	T 22			27	5	36		1	1	5	2		4					2				1	15	25		3		
	3.	N 17	T 17			19	7	26				13	11	2	2		1			4					18	52		1		
Nord-Baden	52.	N 14	T 67			22	4	19				62	27	1	1	1				25				9				1		
	1.	N 7	T 63			29	11	22				57	23	1		1			7	4										
	2.	N 21	T 38			52	16	28		1	1	53	18		1					8										
	3.	N 22	T 44			43	14	30			1	54	21							13	2									
Land Baden	52.	N 17	T 14			8	2	48			1	12	11	1	2				1				1		19					
	1.	N 13	T 11	1		28	6	55			1	14	11		1				2						41					
	2.	N 23	T 22			23	12	48				33	12	1	3				3				1		29					
	3.	N 14	T 11			24	6	45		1		13	15		5		1		6						22					

Diesem Heft sind Prospekte der Firmen Gebr. Giuliani GmbH., Ludwigshafen/Rh. über „Kalk-Stoffwechsel“; Dr. Schwab GmbH, München über „Arbus“ und des eigenen Verlags beigelegt.

U.S.-W-1057, ISD, Württemberg-Baden. Bezugspreis DM 8.— jährlich zuzüglich Postgebühren. — Verantwortlich für die Schriftleitung: Dr. med. Albrecht Schröder, Stuttgart-Degerloch, Jahnstr. 32. Für den Anzeigenteil: Ferd. Enke, Verlag, Stuttgart-W, Hasenbergsteige 3. Druck: Ernst Klett, Stuttgart-W, Rotenbühlstr. 77. — Ausgabe Februar 1950