

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden. 1857-1933 1911

4 (28.2.1911)

Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden.

Erscheinen 2 mal monatlich.

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

Beilagen:
Preis nach Vereinbarung.

Einzelne Nummern:
20 Pfg. inkl. freier Zustellung.

Begründet von Dr. Rob. Volz.

Schriftleitung: Dr. Bongartz in Karlsruhe.

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

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

Für Mitglieder der badischen
ärztlichen Landesvereine,
welche von Vereinswegen
für sämtliche Mitglieder
abonnieren:

— 3 Mk. —
inkl. freier Zustellung.

LXV. Jahrgang.

Karlsruhe

28. Februar 1911.

Ärztlicher Kreisverein Mannheim.

Sitzung am 13. Februar 1911.

Der Vorsitzende, Medizinalrat Dr. Wegerle widmet vor dem Beginn der Tagesordnung den verstorbenen Mitgliedern Dr. Bensinger, Dr. Elsässer und Geheimrat Dr. Lindmann, dem langjährigen Vorsitzenden des Vereins, einen Nachruf. Die Anwesenden erheben sich zum Andenken an die Dahingeschiedenen von ihren Sitzen.

1. Vortrag von Dr. Wetterer: Die Röntgen-therapie der Uterusmyome
(Der Vortrag erscheint in der nächsten Nummer der „Ärztlichen Mitteilungen“).

Diskussion: Dr. Fischer, Dr. Wetterer.

2. Kassenbericht und Festsetzung des Beitrages pro 1911.

Der Bericht pro 1910 wird genehmigt, und der Jahresbeitrag pro 1911 wird wiederum auf $\text{Mk. } 11.-$ festgesetzt. Die Einnahmen pro 1911 betragen 1628,39 Mk. , die Ausgaben 1389,77 Mk. , der Kassenbestand beträgt 238,62 Mk. Mitgliederzahl 130.

3. Wahl des Vorstandes.

Zu Mitgliedern des Vorstandes werden gewählt: Medizinalrat Dr. Wegerle (Vorsitzender) und Dr. Merman (Schriftführer und Rechner).

4. Verkündung des Wahlergebnisses zur Vertragskommission und zum Schiedsgericht.

Die laut Satzungen mittels Stimmzettel schriftlich im Monat Februar stattgehabte Wahl hat folgendes Ergebnis gehabt:

Vertragskommission:

Medizinalrat Wegerle, Dr. Mermann, Dr. Herzog, Bezirksarzt (Weinheim), Dr. Grünh (Grossachsen).

Schiedsgericht:

als Mitglieder: Medizinalrat Wegerle, Medizinalrat Heuck, Dr. Kiefer, Dr. Drescher (Neckaran), Dr. Herzog (Weinheim);

als Stellvertreter: Dr. Mermann, Dr. Hauser, Dr. Moses, Dr. Landfried (Seckenheim), Dr. Jebe (Heddesheim).

5. Wahl der Delegierten zum Ärztetag.

Es werden Wegerle und Mermann gewählt.

6. Verschiedenes.

a. Es war eine Beschwerde eingelaufen gegen die Familienabonnements, welche noch in der Peripherie des Kreises Mannheim von einigen Landärzten zu sehr niedrigen Sätzen (9 bis 15 Mk. pro Jahr) gewährt werden. Auf Antrag Mermanns beschliesst der Verein:

„Familienabonnements sind — zumal an Plätzen, an welchen keine Medizinalverbände bestehen — zulässig und zwar nur für solche Familien, deren Gesamteinkommen unter 2000 Mk. beträgt, und dürfen nur zu angemessenen Sätzen abgeschlossen werden. Bei besser situierten Familien (Mittelstand etc.) sind Familienabonnements zu kassenmässigen Honorarsätzen nicht statthaft.“

b. Der Empfehlungsvertrag mit dem Allgemeinen Deutschen Versicherungsverein Stuttgart betreffend Haftpflichtversicherung, ebenso der gleiche Vertrag mit der Stuttgarter Mit- und Rückversicherung betreffend Einbruchversicherung, wird vom Vorsitzenden in Erinnerung gebracht und der Beitritt zur Versicherungskasse für die Ärzte Deutschlands den Kollegen empfohlen. Ebenso wird den Landärzten der Beitritt zur Darlehens- und Sterbekasse des Leipziger Verbandes dringend empfohlen, nachdem die Kassenärzte der Stadt korporativ dieser Kasse beigetreten sind.

Weitere Bemerkungen zur Bedeutung der Zahnkrankheiten unserer heranwachsenden Jugend.

Von Dr. Stephani, Mannheim.

Die Schriftleitung der »Ärztlichen Mitteilungen aus und für Baden« hat in Nr. 23 des vorigen Jahrganges aus dem Verwaltungsbericht der Stadt Mannheim für das Jahr 1909 den Abschnitt, welcher über Schulzahnpflege handelt, in extenso veröffentlicht. Der Leiter der Universitäts-Zahnklinik in Würzburg, Prof. Dr. A. Michel, hat in der Nummer 1 d. J. seine gegenteiligen Ansichten zur Schulzahnfrage zum Ausdruck gebracht.

Dieser Umstand allein würdem ich zu weiteren Bemerkungen kaum veranlasst haben. In jenem Artikel ist aber meine Befähigung zu einem Urteil über den praktischen Wert der Schulzahnpflege in Zweifel gezogen worden und dieser Punkt veranlasst mich gerade in diesen Blättern nochmals das Wort zu nehmen. »Dass der Blick und die Erfahrung eines Spezialisten höher eingeschätzt werden muss, als die eines allgemeinen praktischen Arztes«, soll — jedoch nur für das betreffende Spezialfach — zunächst zugegeben werden. Andererseits kann ich aber dem Leiter einer Zahnpoliklinik, wenn er auch im Laufe von 12 Jahren über ein Material von 20 000 zahnkranken Kindern verfügt, keinen weiteren und geübteren Blick zugestehen für Verhältnisse der allgemeinen Körperkonstitution, die eben besser von einem praktischen Arzt beurteilt werden. Wer in einer Poliklinik steht, sieht lediglich kranke Leute, die wegen subjektiver Beschwerden den Arzt aufsuchen. Nur der Schularzt oder allerdings auch die wenigen Schulzahnärzte, die sich nicht ausschliesslich auf die Behandlung der Zähne unserer Schulkinder beschränken, sondern auch mit Reihenuntersuchungen und wirklicher Verarbeitung des Materials sich befassen, sind überhaupt in der Lage, ein Gesamturteil über die sozial-medizinische Bedeutung der Zahnkrankheiten abgeben zu können. Man kann ein Urteil über den allgemeinen Wert der Zahnkaries nicht allein stützen auf die Erfahrungen an einer ausgesprochenen Krankenanstalt, sondern man muss hierfür auch Zahnkranke mit Beschwerden in Beziehung setzen zur Gesamtheit aller Kinder. Die vollständig Zahngesunden sowohl wie diejenigen, die ihre kariösen Zähne beschwerdelos tragen, fallen gerade während der Zeit des natürlichen Zahnwechsels für ein solches Gesamturteil schwer in die Wagschale.

Wenn Prof. Michel sagt: »Ich glaube nicht, dass ein Zahnarzt das Gebiss wegen eines defekten Zahnes

als krank erklären kann«, so gibt er damit zu erkennen, dass er die ganze Propaganda-Bewegung für die Schulzahnkliniken nicht genau verfolgt hat. Es scheinen ihm auch die vielen Zeitungsnotizen der Tagesblätter entgangen zu sein, welche ständig in den allerersten Zeilen die Behauptung aufstellen, dass 95 und 98 % unserer Schulkinder zahnkrank seien. Diese Fassung, dass schon bei einem defekten Zahne ein Gebiss als »krank« gezählt wurde, hat nicht nur ein Zahnarzt gewählt, sondern diese Ausdrucksweise ist fast allgemein angenommen worden, weil sich damit die nötige geschäftliche Reklame treiben liess. Darin wird mir allerdings Recht gegeben, dass ich gegen diese Kariesfrequenz von 90 und 98 % Stellung nehme, weil solche Zahlen für den Laien irreführend sind. Für diese Anerkennung meines Standpunktes möchte ich meinen Dank besonders zum Ausdruck bringen, denn Prof. M. unterstützt dadurch meine Bestrebungen, welche nicht etwa darauf hinauslaufen, der Schulzahnpflege jeglichen Wert abzuspochen, sondern den Zahnkrankheiten unserer Jugend denjenigen Platz in der Reihe der vielen, grossen, wichtigen volksgesundheitlichen Fragen anzuweisen, welcher ihnen gebührt.

Zum Beweise, dass die Zahlen bei Klinikbeobachtung und Schuluntersuchungen wesentlich verschieden sind, folgendes:

Herr Prof. Michel gibt die Kariesfrequenz in Deutschland auf 27 % an, ohne dabei zu erwähnen, ob diese Zahl lediglich bei Kindern oder aus den Beobachtungen sämtlicher Altersklassen sich ergeben hat. Tatsächlich kommt er aber hiermit den wahren Verhältnissen etwas näher, wie die sonst überall genannte reklamehafte Zahl von 98 % Zahnkranker.

In den Mannheimer Volksschulen wurden im Schuljahre 1906/1907 genaue Erhebungen angestellt über den Zustand der Gebisse. Sämtliche Untersuchungen wurden damals nur von Zahnärzten vorgenommen. Die genauere Zusammenstellung hierüber ist in dem Bericht über die Tätigkeit des Schularztes in Mannheim für das Schuljahr 1906/07 enthalten. Die Tabelle ist sonst noch nicht veröffentlicht worden, hat an der Stelle, wo sie sich findet, nur eine sehr beschränkte Verbreitung erfahren und soll deshalb in gekürzter Form hier wiedergegeben werden, obwohl sie einen Einwand des Prof. M. selbst stützt.

Von der Normalzahl aller Zähne waren:

Klasse	fehlend		auszuziehen		zu füllen		Gesamtsumme		Kariöse Zähne	
	Knaben.	Mädchen.	Knaben.	Mädchen.	Knaben.	Mädchen.	Knaben.	Mädchen.	Summe aus Rubrik 4 und 6	Summe aus Rubrik 5 und 7
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	Knaben.	Mädchen.
I. 6—7 Jahre	3,46	3,10	10,75	9,12	3,50	3,83	17,71	16,05	14,25	12,95
II. 7—8 »	5,39	4,84	13,99	10,59	4,79	4,79	23,17	20,22	18,78	15,88
III. 8—9 »	5,61	5,98	13,72	12,30	6,19	6,09	25,52	24,37	19,91	18,39
IV. 9—10 »	6,84	5,21	14,92	12,37	6,29	5,76	28,05	23,34	21,21	18,13
V. 10—11 »	7,51	4,92	12,41	9,19	7,83	5,18	27,75	19,29	20,24	14,37
VI. 11—12 »	9,85	4,24	11,85	8,49	7,32	7,16	29,02	19,89	19,17	15,65
VII. 12—13 »	4,18	3,46	8,08	7,61	8,52	8,60	20,78	19,67	16,60	16,21
VIII. 13—14 »	3,42	2,88	8,57	8,14	9,59	9,96	21,58	20,98	18,16	18,10

Dieser Zusammenstellung kann der Vorwurf nicht gemacht werden, dass sie von nicht vollständig sachverständigen Personen erarbeitet sei, denn lauter Zahnärzte waren es, welche sich für die Erarbeitung dieser Erhebung zur Verfügung gestellt hatten. Die Statistik erstreckt sich über 7648 Kinder und doch kann hier von 27% kariöser Zähne keine Rede sein. Die Höchstzahl lautet zwar unter Gesamtsumme auf 29,02% schlechter und fehlender Zähne sogar bei den 11- und 12jährigen Knaben der VI. Klasse. Auch das mag Zufall sein. Nach Abzug der fehlenden Zähne war jedenfalls die Höchstzahl der Karieshäufigkeit bei 9- und 10jährigen Knaben auf nur 21,21% zu berechnen gewesen.

Die Höchstzahlen der kariösen Zähne fallen in dieser zahnärztlichen Statistik allerdings bei den Knaben auf das Alter von 9 bis 10 Jahren, bei den Mädchen aber schon auf das Alter von 8 bis 9 Jahren. Wir finden nach einer anfänglichen Verschlechterung also auch hier schon bei den Mädchen den Beginn der Verbesserung durch die bleibenden Zähne bereits vor der IV. Klasse. Es wurde von Herrn Professor M. besonders hervorgehoben, dass es mit seinen Erfahrungen nicht übereinstimme, wenn das »Gebiss der 9- bis 10jährigen Kinder durchschnittlich kein schlechteres — nach unseren Beobachtungen sogar ein etwas besseres — ist, als das der 6- bis 7jährigen Kinder«. Hierin gibt die oben mitgeteilte Tabelle, wie bereits oben erwähnt, ihm vollkommen Recht. Die Verhältnisse sind aber sicher variabel. Wenn wir oben auch keinen besseren Zustand des Gebisses der 9- bis 10jährigen Kinder im Verhältnis zu den Schulanfängern feststellen können, so zeigen die Zahlen in Rubrik 11, dass schon vor der IV. Klasse eine ständige Besserung der Gebisse bis zum 13. Jahre beginnt.

Eine ähnliche Statistik ist auch Ende des Jahres 1908 von Oldenburg bekannt geworden. Dieselbe ist von Hofzahnarzt Dr. Brunsmann veröffentlicht. Dort heisst es: »Nach dem Alter waren im 7. Jahre 32,20% aller Zähne defekt, im 8. 34,69%, im 9. 33,64%, im 10. 27,72%, im 11. 25,48%, im 12. 22,23%, im 13. 19,98%, im 14. 21,55% und im 15. 18,88%«. Aus dieser zahnärztlichen Zusammenstellung geht also hervor, dass die Zähne im 10. Jahre auch einmal besser sein können, wie im 6. Lebensjahre.

Da wir diese Ungleichheiten kannten und in unserem Berichte, der auf Grund gemeinsamen Materials von meinem Assistenzarzte bearbeitet wurde, berücksichtigen wollten, gaben wir in unserem Verwaltungsbericht nur absolute Zahlen; denn schon der Unterschied in der Gesamtzahl der untersuchten Kinder (488 6- bis 7-jährige und 180 9- bis 10-jährige) liess es uns geboten erscheinen, von Prozentzahlen abzusehen.

In der genaueren Veröffentlichung meines Assistenzarztes Dr. Wimmenauer in der »Zeitschrift für Schulgesundheitspflege« ist ebenfalls ausdrücklich auf die von Herrn Professor Michel beanstandete Kleinheit der Zahlen hingewiesen. Es heisst dort Jahrgang 1910 Seite 480: »Allerdings muss unser Material, namentlich das des 4. Schuljahres als ein kleines bezeichnet und demgemäss dem Zufall ein gewisses Recht eingeräumt werden. Immerhin ist die Beobachtung — besseren Zahn-

befundes bei den 9- bis 10jährigen — so auffallend, dass sie zu einer Nachprüfung an einem umfangreichen Material einladen dürfte«.

Die Kleinheit unseres Materials ist demnach, wie aus dem Mitgeteilten hervorgeht, von uns selbst richtig beurteilt worden, wenn diese Stelle in dem Verwaltungsbericht auch gestrichen ist.

Die von Oldenburg bekannt gewordenen Zahlen widerlegen jedenfalls die von Herrn Professor Michel ausgesprochene Ansicht, dass »der nicht zahnärztliche Blick« zum Zustandekommen unserer Resultate in ausschlaggebender Weise beigetragen hat.

Ich muss ganz allgemein für den Stand der praktischen Ärzte, nicht nur für mich allein, die Fähigkeit in Anspruch nehmen, dass wir kranke Stellen in den einzelnen Zähnen erkennen und auch die Krankheitszustände im Zahnfleisch richtig beurteilen können. Was der Zahnarzt vor uns voraus hat, das bezieht sich nicht auf das diagnostische, sondern lediglich auf das therapeutische Gebiet, das heisst auf die Technik der Zahnbehandlung.

Weiterhin wird beanstandet, dass ich die anregende Tätigkeit des Kauaktes auf die Magensaft-Sekretion zugebe, dass ich aber den mächtigen Faktor in der menschlichen Gesundheit, die gute Beschaffenheit des Gebisses glaube ignorieren zu dürfen. Von »ignorieren« wollen war nie die Rede!

Unsere Untersuchungen sollten ausdrücklich nur nachweisen, dass ein ausschlaggebender Einfluss des Gebisses auf den gesamten Ernährungszustand des Individuums nicht in dem absoluten Masse nachzuweisen ist, wie immer behauptet wird.

Bei den Vorarbeiten zu unseren Untersuchungen habe ich mir alle Literatur, die ich bekommen konnte, sowohl auf dem Gebiete der Physiologie, wie auf dem der Magen- und Darmkrankheiten genau angesehen und habe eben mit dem besten Willen keine Arbeit gefunden, die in wissenschaftlich einwandfreier Weise die Bedeutung des Zustandes des Gebisses auf die Magenverdauung beweist. Alle Arbeiten die ich finden konnte, behandeln nur die Bedeutung des Speichels auf die Verdauung, nicht aber die Bedeutung der mechanischen Zerkleinerung, nicht also das ausschliessliche Tätigkeitsgebiet der Zähne. Sollte mir Herr Professor Michel eine genauere Arbeit nennen können, die den Einfluss der übrigen in Betracht kommenden Momente zurücktreten lässt und sich vornehmlich mit der durch die Verkleinerung der Speisen hervorgerufenen Ausnützung im Verdauungskanal beschäftigt, so werde ich ihm für eine solche Unterstützung meiner Studien in dieser Frage sehr dankbar sein.

Dennoch habe ich in meinem Berichte mit keiner Silbe in Abrede gestellt, dass die einzelnen Nahrungsstoffe für die Verdauung ganz anders erschlossen werden können, wenn sie in genügend kleiner Form und in richtigem Zustand in den Darmkanal gelangen.

Neu war für mich die Hervorhebung der Tatsache, dass die gute Einspeichelung eines Bissens auch deshalb notwendig sei, weil die dem Alkali des Speichels angehörige Kohlensäure durch die Magensäure befreit, den Bissen gewissermassen zersprengt. Der Verdauungssaft dringt dann nicht allmählich von aussen herein,

sondern der dadurch verursachte Zerfall des Bissens ermögliche eine energische Verdauung.

Eine solche Austreibung der CO_2 aus den Karbonaten des Speichels ist chemisch in der Theorie wohl möglich. Dass ein solcher Vorgang aber physiologisch eine Rolle spielt, ist in der Literatur nicht zu finden gewesen. Auch Physiologen, die wir brieflich um Auskunft angingen, konnten uns eine strikte, beweisende Arbeit für diese Behauptung nicht geben.

Eine gute und ausgiebige Einspeichelung ist aber, wie Herr Prof. M selbst zugibt, gar nicht absolut an ein vollständig intaktes Gebiss gebunden, was sich aus den späteren Ausführungen über die »Schlinger« glatt ergeben wird. Mit diesem Hinweis ist die Erwähnung der Erschliessung des Bissens durch freiwerdende CO_2 für unsere Streitfrage eigentlich erledigt. Von physiologischem Standpunkte möchte ich aber doch noch einiges bemerken. Neuere Untersuchungen am gefrorenen Magen und bei Fütterungen mit verschieden gefärbten Speisen haben ergeben, dass durchaus nicht jeder Bissen die Magenwand erreicht und mit der Salzsäure des Magens in Berührung kommen muss. Die Nahrung wird gewissermassen fächerförmig ineinandergeschoben und dieser Tatsache ist es zu verdanken, dass unter Umständen ein Bissen durch den Magen in den Dünndarm durchgeschoben wird, ohne dass sein Speichelüberzug vom Magensaft berührt wurde. Im Dünndarm kann nach neueren Untersuchungen der Speichel weiter seine stärkeverdauende Wirkung ausüben. (Die Mundspeichelverdauung und ihre Fortsetzung im Magen und Darm von E. Mangold, Greifswald, Deutsche zahnärztliche Wochenschrift, Jahrgang 14 Nr. 3). Dort, wo die HCl des Magensaftes mit dem Speichel in Berührung kommt, wird während der Neutralisation des ersteren die diastatische Fermentwirkung anfangs auf das 10fache allerdings gesteigert, schon bei 0,02% HCl tritt aber die Hemmung bzw. eine Inaktivierung der diastatischen Fermentwirkung ein.

Daraus geht schon hervor, dass die sprengende Kraft der an Alkali gebundenen Kohlensäure des Speichels eine nur untergeordnete Rolle für die Gesamt-ernährung spielen kann. Hauptsächlich aber muss betont werden, dass ein Bissen, der nicht zu den allerersten mit den Magenwänden in direkte Berührung kommenden gehört und zuerst in die Mitte des bereits im Magen vorhandenen Speisebreies gelangt, eventuell erst im Verlauf von Stunden vom saueren Magensaft durchtränkt wird. Nach der von Prof. M. gegebenen Darstellung könnte man zu der Auffassung kommen, dass der Bissen auseinandergesprengt werde, ähnlich wie die CO_2 -Entwicklung den Brotteig auseindertreibt. Es liegt mir fern anzunehmen, dass eine derartige Auslegung bei der Fassung seiner Worte von Prof. M. beabsichtigt war. Ich möchte aber doch besonders darauf hinweisen, dass man mit einer solchen Auffassung in Gefahr kommt, über die Bedeutung der Einspeichelung für die Verdauung ebenso sich selbst irre zu führen, wie das grosse Publikum mit den 98% kranken Gebissenen irreführt wird.

Der saure Magensaft kann nämlich nur von aussen her an den Bissen gelangen und die als wichtig hervor-gehobene CO_2 -Entwicklung kann deshalb nur an der

Aussenseite stattfinden und so allerhöchstens dazu beitragen, den Bissen etwas rascher abzubrockeln. Eine wesentliche Beschleunigung der Durchtränkung eines Bissens mit HCl findet keinesfalls durch diese theoretisch zuzugebende, am praktischen Versuch aber noch nie beschriebene CO_2 -Entwicklung statt.

Hat diese Frage mit der volkswirtschaftlichen Bedeutung der Zahnkaries auch nur einen sehr losen Zusammenhang, so wollte ich dabei doch etwas verweilen, weil mir die physiologischen Gründe und Gegengründe interessant genug erschienen und dies Beispiel wieder so deutlich zeigt, wie für die hohe Bedeutung der Zahnkrankheiten theoretische Dinge beigebracht werden, von denen sich der nicht medizinisch gebildete Volkswirtschaftler — und vielleicht auch mancher vielbeschäftigte Arzt — einfach erschlagen lässt, weil ihm die Fähigkeit abgeht, die Behauptung auf ihre praktische Bedeutung zu prüfen.

Wenn Herr Professor M. die Erhebung des allgemeinen Ernährungszustandes nach einem gut entwickelten Panikulus adiposus (beziehungsweise nach dem Zustande der Muskulatur, welcher bei dem von uns gewählten Einteilungsprinzip ebenfalls gut zum Ausdruck kam), absolut verwerfen zu müssen glaubt und die vergleichenden Gewichtsverhältnisse im Vereine mit Kotuntersuchungen in solchen Fällen allein als beweisend anerkennen will, so verlangt er eben etwas, was für grosse Reihenuntersuchungen einfach undurchführbar ist. Was von solchen Untersuchungen bezüglich der Frage der Bedeutung der Zahnkaries für die Volks-ernährung ausserdem zu erwarten wäre, geht aus den nachfolgenden Ausführungen hervor.

Herr Professor M lässt im Anfang seiner Ausführungen die Kinder zu »Schlingern« werden, weil sie wegen Zahnschmerzen nicht richtig kauen können und nach Gesundung ihres Gebisses sich später eine bessere Kau-tätigkeit nicht mehr angewöhnen. Weiter unten aber erklärt er unsere Beobachtung, dass ebenso oft gut ernährte Kinder mit schlechtem Gebiss, wie schlechter Ernährungszustand bei gutem Gebiss gefunden wird, damit, dass diese letzteren Kinder als Erbteil von ihren Eltern »Schlinger« seien und trotz ihres guten Kauapparates die Nahrung nicht genügend verkleinern können. Darnach müsste also jedes unterernährte Kind ein »Schlinger« sein. Diese besondere einzelne Eigenschaft bei der Nahrungsaufnahme wird sowohl für die Kinder mit gutem wie mit schlechtem Gebiss für den Ernährungszustand verantwortlich gemacht und die anderen hier zu beachtenden Umstände finden gar keine Berücksichtigung.

Zur Erklärung, dass Kinder mit schlechten Zähnen, die doch nach der Ausführung von Professor M. »Schlinger« sein müssten, in gutem Ernährungszustand gefunden werden, heisst es: »Kinder mit schlechten Zähnen, die jedoch keine Schmerzen verursachen, können ihren schlechten Kauapparat, eventuell unterstützt durch einen guten Magen, gut ausnützen und dadurch in einem guten Ernährungszustand sich befinden.« Darauf wurde auch schon oben kurz hingewiesen.

Solche Beweisführungen weichen von den unsrigen, die sich lediglich an die Erklärung der Zahlen einer Untersuchungsreihe hielten, sehr wesentlich ab und

brauchen nur entsprechend zusammengefasst zu werden, um mindestens vom medizinischen Leser die richtige Beurteilung zu erfahren.

Aber selbst, wenn ein Untersucher im Anschluss an Vergleiche zwischen Gewichtsverhältnis und Kotuntersuchung zu anderen Resultaten käme, so würde ich ihm entgegen: »Wie waren die Speisen der verschiedenen Kinder gekocht? Wie war neben dem Zustand des Gebisses die Dauer der Kauzeit und anderes mehr.« Wer sich je mit Volksernährungsfragen beschäftigt hat, weiss, dass die mangelhaften Kochkenntnisse der Hausfrauen in den breitesten Bevölkerungsschichten, die ungeeignete Auswahl der Nahrungsmittel und nicht zuletzt die Verteuerung der Wohnungs- und Lebensmittelpreise erheblich bedeutendere Faktoren für die weitverbreitete Unterernährung darstellen, wie die richtige Verdauung des Bissens. Ich habe mich mit meinen Ausführungen eben auf diesen anderen Standpunkt gestellt, wonach nicht die Gesundheit der Zähne, sondern ganz andere Verhältnisse an dem Zustandekommen einer Unterernährung schuld sind. Durch die Art unserer Zusammenstellung haben wir unsere Behauptungen — ich will entgegenkommender Weise einmal sagen — zunächst besser bewiesen, wie es die an sich richtigen theoretischen Erwägungen des Herrn Professor M. beweisen konnten.

Auf Grund meiner Erfahrungen muss ich es auch als unbewiesen hinstellen: »Dass tatsächlich die grosse Mehrheit unseres Volkes unterernährt und krank wäre, wenn nicht viele, den Wert der Zähne erkennend, sich durch Zahnfüllungen und Prothesen über den partiellen und totalen Verlust ihrer Zähne hinweghelfen würden.« Wenn diese Behauptung richtig wäre, so müsste doch auch allgemein eine Besserung der Unterernährung zu konstatieren sein. Das ist aber nicht der Fall und hängt wie vielfach, selbst von zahnärztlicher Seite bewiesen ist, gar nicht mit der Zerkleinerung der Speisen, sondern mit ganz anderen Verhältnissen wie z. B. der mangelhaften Stillfähigkeit, einer konstitutionellen Darmschwäche, einer mangelhaften körperlichen Entwicklung oder auch den oben erwähnten äusseren Verhältnissen zusammen. Daraus ergibt sich, dass die weite Verbreitung der Zahnkaries nicht ein primäres, sondern nur ein sekundäres Zeichen darstellt.

Sollen alle diese Erkenntnisse, welche uns die Wissenschaft auf Grund eingehender Studien gebracht hat, schweigen gegenüber der bis jetzt unbewiesenen Behauptung, dass der Zustand des Gebisses auf die Unterernährung der breitesten Volksschichten den ausschlaggebendsten Faktor darstellt? Wer Volkshygiene treiben will, der muss immer mit der Bekämpfung eines Übels bei den primären Ursachen beginnen, sonst kann er zu keinem Ziele kommen. Bei Krankheitsfällen, in denen wir praktischen Ärzte uns auf eine rein symptomatische Therapie sekundärer Erscheinungen beschränken müssen, wird sich der gewissenhafte Mediziner bezüglich der Aussichten eines Erfolges seiner Behandlung immer vorsichtig ausdrücken. Der gleiche Fall ist gegeben, wenn man sich dazu äussern muss, ob durch das Füllen hohler Zähne die Hebung der Volksernährung zu erreichen sei.

Ich will mich gar nicht weiter darauf einlassen, dass die Mundhöhle ein zweiunddreissigstel des ganzen

Verdauungstraktus misst, will auch nicht darauf eingehen, dass in den Familien unserer Volksschüler, besonders bei den Kindern eine Kost verabreicht wird, welche eine intensive Zerkleinerung gar nicht zur Vorbedingung für deren Verdauung macht. Betonen möchte ich aber, dass auch von zahnärztlicher Seite die Art der Nahrungszusammensetzung, beziehungsweise der Inanspruchnahme des Gebisses von frühester Jugend auf — und zwar weit vor Beginn der Schulpflicht — als viel bedeutungsvoller anerkannt wurde für den Zustand des Gebisses im späteren Lebensalter sowohl wie auch für den ganzen Ernährungszustand, weil die Beweise für diese Zusammenhänge wirklich zwingende sind.

Nach den Erfahrungen, welche ich über die Erfolge unserer Schulspeisung gemacht habe, muss ich von Neuem betonen, dass das Mass der Nahrungszufuhr bei Unterernährungszuständen in den breitesten Volksschichten ungleich viel wichtiger ist, wie die sogenannte Sanierung des Mundes. Diese Parallel-Untersuchungen zu unserer Frage: »Gebiss und Ernährungszustand« kommen in einer Zahnpoliklinik wohl kaum zur Beobachtung. Mir aber als Schularzt, der die für die Schulspeisung in Betracht kommenden Kinder ebenfalls untersuchen muss, hat sich die Erkenntnis direkt aufgedrängt, dass der grösste Teil der Unterernährungszustände beruht auf einer teils quantitativ, teils qualitativ absolut ungenügenden Nahrungszufuhr und nicht bedingt ist durch die Karies der Zähne.

Ferner hat Herr Professor M. es für nötig erachtet, mich darauf hinzuweisen, dass die natürliche Erscheinung des Zahnwechsels im Wegfallen eines nie kariös gewordenen Milchzahnes besteht. Das sagt die Physiologie. Die praktische Erfahrung lehrte mich wenigstens als Schularzt, dass auch die Zahnkronen des Milchgebisses besonders bei der allgemein sehr mangelhaften Reinhaltung des Mundes, sobald die Resorption der Wurzel schon weiter vorgeschritten ist und dadurch die ganze Ernährung des Zahnes gelitten hat, allerlei Flecken und Unregelmässigkeiten der Oberfläche zeigen, welche doch wohl als Degenerations-Erscheinungen aufzufassen sind. Bei solchen Zähnen muss meiner Ansicht nach ganz naturnotwendig das Kariöswerden erleichtert sein. Ich möchte also die Behauptung, dass die Zerstörung des Milchgebisses durch Karies niemals einer natürlichen Erscheinung verglichen werden kann, auf Grund meiner praktischen Beobachtungen und meiner theoretischen Erwägungen ebenfalls in Zweifel ziehen.

Über den Zusammenhang zwischen Zahnkaries und Tuberkulose — aber wohl gemerkt in volkshygienischem Sinne — kann ich mich hier nicht einlassen, weil es mir unmöglich war, die von Prof. M. in seinem Aufsätze zitierte mir bisher unbekanntes Literatur, für welche er mir in liebenswürdigster Weise privatim genauere Mitteilung zugehen liess, noch nicht beschaffen konnte.

Die Schulzahnpflege betont immer ihren grossen volkswirtschaftlichen Wert und begründet ihre Forderung zur Aufwendung grosser Geldmittel durch die Kommunalverwaltung damit, dass sie eine allgemeine Hebung des Gesundheitszustandes in sichere Aussicht stellt. Sind diese Behauptungen richtig, dann ist auch die Aufwendung grosser Geldmittel unbedingt gerechtfertigt. Lässt sich aber nachweisen, dass der Ernährungszustand

in keinem direkt nachweisbaren Verhältnis zu der Intaktheit oder Mangelhaftigkeit des Gebisses steht und durch andere Massnahmen leichter, billiger und sicherer zu heben ist, so werden diese grossen Summen für sozialhygienische Zwecke unrichtig aufgewendet. Dann wird trotz aller theoretisch richtiger Erwägungen über die physiologische Verdauung im Körper die Volksgesundheit grösseren Nutzen haben, wenn man bei der Schulspeisung tatsächlich die sicher nicht unwichtige Frage der elterlichen Erziehungspflicht etwas in den Hintergrund drängt und direkt die Ernährung des Kindes unterstützt, den Kleinen also etwas zwischen die Zähne und nicht in die Zähne gibt.

In dem Verwaltungsbericht für die Stadt Mannheim sind die Zahlen so wiedergegeben, wie sie von uns erhoben wurden. Nach der Beachtung, welche sie gefunden haben, darf ich wohl die Hoffnung hegen, dass sie auch anderwärts zur Nachprüfung Veranlassung geben. Will dies Herr Professor M. an noch mehr als 1600 Schulkindern auf Grund vergleichender Gewichtsverhältnisse und Kotuntersuchungen machen, so wird die Wissenschaft davon Nutzen haben; meine jetzt angefochtenen Untersuchungsergebnisse hatten dann doch wenigstens den Erfolg, dass sie zu einem genaueren Arbeiten über den Wert der Schulzahnpflege Anlass gaben. Ich will es nicht einmal als Unmöglichkeit bezeichnen, dass solche Untersuchungen — wenn sie erst einmal vorliegen — mich zwingen können, meinen jetzigen Standpunkt aufzugeben. Es erscheint mir dies zunächst aber recht unwahrscheinlich.

Solange aber keine anderen praktischen Untersuchungsergebnisse über den Zusammenhang zwischen dem Zustand des Gebisses und dem allgemeinen Ernährungszustand vorliegen und immer nur theoretische Gegenansichten geäussert werden, kann ich die Behauptung, dass der nicht tief genug eindringende Blick des allgemeinen, nicht spezialistisch geübten Arztes, ein wesentliches Moment für unsere Endresultate abgegeben habe, vorerst wohl mit Recht abweisen.

Zur Frage der wirtschaftlichen Solidarität des ärztlichen Standes.

In einem Privatgespräch mit einem Kollegen äusserte ich einmal: »die Ärzte werden leider nie so solidarisch sein wie Proletarier. Dazu geht es ihnen wirtschaftlich grösstenteils noch viel zu gut. Schöner wäre es natürlich, wenn man wirtschaftlich solidarisch wäre, ohne direkt am Hungertuch zu nagen.«

Ich habe mir so manchen Gedanken über die mangelnde Ärztesolidarität gemacht. Daran habe ich aber noch nicht gedacht, dass Einer auch aus Idealismus, aus stark einseitigem, sozialen Gewissen nicht solidarisch sein kann. Das gibts aber auch. Mancher Kollege sagt sich, wer soll die höheren Ansprüche der Ärzte an die Kasse zahlen? Wieder der Arbeiter, der einen geringen Lohn hat. Natürlich übersieht ein solcher Kollege, dass sich höhere wirtschaftliche Ansprüche noch immer spontan reguliert haben; dass ein Volk, welches jährlich 3 Milliarden für sein Trinkvergütungen

ausgibt, auch einmal eine etwas höhere Ausgabe für den Arzt verträgt.

Für das, was man wirtschaftlichen Idealismus nennt, haben manche ältere Herren merkwürdig wenig Sinn. Rührt das daher, dass der billigere Arzt bei der noch nicht genügenden Solidarität eben auf die Dauer doch ökonomisch besser fährt? Ich weiss es nicht! Oder ist es das Gefühl, bei zu äusserlich betrachteter ärztlicher Tätigkeit, der in vielen Fällen vorhandenen ärztlichen Unzulänglichkeit, eine daraus resultierende Bescheidenheit und Schüchternheit, welche veranlassen, weniger zu nehmen. Oder ist es eine andere Form des Idealismus, das Mitleid mit dem kranken Menschen, bei dem man aus seiner Notlage kein Geschäft machen will, bei dem man keinen Raubbau treiben will; ich weiss es nicht!

Ich meine aber, ärztliche Leistung, ganz ideal genommen, lässt sich überhaupt nicht in Geldwert ausdrücken. Was der Arzt durch seine Persönlichkeit den Patienten ist, kann schlechterdings nicht errechnet werden. Denn der Ernst und Wert eines Berufes ist nicht der, den er an sich hätte, sondern der, den wir hineinlegen.

Ich glaube aber sicher, dass eine höhere ökonomische Wertung der ärztlichen Leistung, letztere mehr oder weniger bewusst steigert und vervollkommenet. Von diesem Gesichtspunkt aus, ist es auch im Interesse der Patienten, die Leistungen möglichst hoch zu bewerten. Wenn also einmal allgemein Verträge zu Stande kämen, wobei die ärztlichen Leistungen höher als die Mindesttaxe verwertet würden, so brauchen die Kollegen nicht schüchtern zu erröten, sondern sollen sich freuen, dass auch die wirtschaftliche Betrachtungsweise die ärztliche Leistung einigermaßen zu würdigen bestrebt ist.

Wenn ich nun noch an die Summen denke, welche sicherlich durch ungenügende, ärztliche Buchführung verloren gehen, oder an die Beträge, welche nicht energisch genug eingetrieben werden, aus einem psychischen Imponderabile oder aus Bequemlichkeit, wenn man dann das Publikum hört, wie es von Ärzten erzählt, welche überhaupt keine Rechnungen schreiben, weil sie es nicht mehr nötig haben und deren im wirtschaftlichen Sinne demoralisierenden Einfluss, so ist man überzeugt, dass in wirtschaftlicher Beziehung noch vieles faul ist.

Jeder Kollege, und sei er Millionär und hätte es gar nicht mehr nötig, müsste auch wirtschaftlich seine Leistung entsprechend bewerten aus Standesinteresse.

Und wenn er das Geld, was einzutreiben ihm vielleicht riesig unbequem ist, meinetwegen für eine Stiftung oder für ärztliche Witwen und Waisen anlegt, so handelt er damit weit sozialer, als wenn er es dem Patienten schenkt.

Das Herschenken, im Falle man es nicht benötigt, ist riesig bequem, aber exacte, objektive, ärztliche Buchführung, meinetwegen nach der Mindesttaxe, erfordert Fleiss und Sorgfalt; Tugenden, welche an sich wertvoll sind, die aber unbequemer sind, als wirtschaftliche Schlamperie.

Dr. Krieger, Langenbrücken.

Bücherschau.

„Mit Hörrohr und Spritze“, ein lustiges Buch für Ärzte und Patienten, Karikaturen aus alter und neuer Zeit, gesammelt von Gustav Hochstetter und G. Zehden. Verlag der „Lustigen Blätter“ (Dr. Eysler & Co.) G. m. b. H., Berlin SW. 68 — Preis: 3 Mark. Der vielversprechende Untertitel dieses Werkes: „ein lustiges Buch“, er ist wahrhaftig keine Vorspiegelung falscher Tatsachen. Alles, was der ärztliche Beruf, sein Studium und seine Praxis, an Humor und Komik enthält — es ist in Wort und Bild auf den mehr als 200 Seiten dieses Buches zusammengetragen . . . und erst nach der Lektüre eines solchen Werkes wird uns so recht bewusst, wieviel Humor, wie unendlich viel Komik sich in diesem „ernsten“ Berufe vereinigen. So ist es in unserem Zeitalter — das sehen wir aus den modernen, lustigen Bildern der Sammlung — so war's aber auch schon vor Jahrzehnten — das lehren uns die Reproduktionen alter, derb-komischer Stiche, die in dem neuen Werke mit aufgenommen sind. In der Abteilung „Von berühmten Ärzten“ finden wir die geschmackvollen, hochkünstlerischen Karikaturen von fast allen medizinischen Größen des Tages. Die Bilder des Buches sind eine vollständige Enzyklopädie des gezeichneten ärztlichen Humors; sie stammen von den besten Karikaturisten und Malern des In- und Auslandes, der neuen und der alten Zeit, aus deren Zahl hier nur Kaulbach, Daumier, Peter Brueghel genannt sein mögen neben Heilemann, Jüttner, Wellner, Wilke, Trier, Stern und Zille. Das anekdotische Material, das eine fast unglaubliche Fülle von guten — alten und neuen — Scherzen enthält, ist von den Herausgebern liebevoll zusammengestellt und bearbeitet.

„Im eigenen Hause nicht teurer als in der Mietswohnung“ zu leben ist jeder Familie möglich, wie der Kgl. Bauinspektor Flur in seiner unter obigem Titel in der Westdeutschen Verlagsgesellschaft in Wiesbaden erschienenen Schrift (Preis 1 Mk., Porto 10 Pf.) an Hand vieler Beispiele genau nachweist. Der Verfasser behandelt die Verwirklichung des Wunsches nach einem eigenen Heim von durchaus praktischen und finanziell zutreffenden Gesichtspunkten aus und führt Hausbeispiele vor, deren Baukosten von 3 500 Mk aufwärts sich mit Nebenkosten in einer Verzinsungsgrenze von 250 bis 600 Mark und darüber bewegen. Die in den 50 Abbildungen vorgeführten Hausbeispiele mit Angabe der Baukosten sind gut gewählt, der Preis der jetzt in 50 000 Exemplaren verbreiteten Schrift ein sehr geringer.

Verschiedenes.

Im Jahr 1910 wurden in Baden von dem hiermit beauftragten Sachverständigen 1 333 **Arzneirechnungen für öffentliche Kassen** und milde Fonds mit 44 293 Rezepten und 53 518

einzelnen Ordinationen geprüft. Dieselben betrafen wie bisher die Arzneilieferungen für Gemeindearme, Bezirks- und Gemeindekrankenversicherungen, Ortskrankenstellen, Betriebskrankenstellen, Eisenbahnbetriebskrankenstellen, Hebammen, Spitäler, Staatsanstalten, Gendarmerie und Schutzmannschaft. Im allgemeinen geschieht die Preisberechnung auf Grund der geltenden Arzntaxe richtig. Die Zahl der Rechnungen, auf denen einzelne Rezepte wegen unrichtiger Preisberechnung beanstandet werden mussten, ist im Berichtsjahr ziemlich gleich geblieben wie in den vorhergehenden Jahren. Sie betrug 17 %, im Jahr 1909 17,3 % und 1908 18 %. Der Durchschnittspreis eines einzelnen Rezepts hat gegen das Vorjahr eine Erhöhung erfahren wie aus der folgenden Zusammenstellung zu erfahren ist. Derselbe betrug nach Abzug von 15 % an dem Taxebetrag

1907 für ein Rezept	1,16	für eine einzelne Ordination	0,94
1908	1,18		0,96
1909	1,12		0,94
1910	1,22		1,00

Diese Erhöhung ist auf die häufige Verordnung von Spezialitäten, Geheimmitteln und Patentmedizinen, auch in der Kassenpraxis zurückzuführen.

Wahrhaft erschreckende Zustände auf erzieherischem Gebiet deckt eine Arbeit auf, die der Kölner Dermatologe **Dr. Meirowsky** in dem soeben erschienenen Bd. 11 der **Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten** veröffentlicht. Bei einer Umfrage unter den Studenten der Breslauer Universität fand er, dass 45 % unter ihnen als Schüler, 25 % während des Abiturientenjahres, und 29 % als Studenten zum ersten Male geschlechtlich verkehrt haben. Viele von ihnen waren sogar schon als Schüler geschlechtskrank geworden. Ein ebenso interessantes wie wertvolles Material bilden die Berichte einer Anzahl Studierender über ihr erwachendes Geschlechtsleben; sie enthalten nicht nur die tiefen seelischen Erschütterungen, die zahlreiche Gymnasiasten in dieser Lebensperiode erleiden, sondern auch die Irrwege, in die sie durch Unkenntnis getrieben werden und die sie nach den verschiedensten Richtungen büßen müssen. Leider werden den meisten die Augen erst geöffnet, nachdem sie an Leib und Seele Schaden genommen haben — bevor sie ahnen, was geschehen, ist Kraft und Gesundheit verwirkt. Wohl sind die geschilderten Zustände menschlich verständlich und nicht als sittliche Verderbnis aufzufassen, sondern lediglich als Folge mangelhafter Erziehung. Elternhaus und Schule haben durch das beliebte Vertuschungssystem schwer gesündigt, namentlich das erstere müsste es sich zur Pflicht machen, die fragenden Kinder nicht abzuweisen. Der Schulunterricht, der jetzt hauptsächlich den Intellekt der Kinder pflegt, müsste durch ein System ersetzt werden, das durch ausgiebige körperliche Ausbildung die Harmonie zwischen Körper und Geist gewährleistet. Ferner müsste obligatorisch in der Schule ein Unterricht in den Grundlagen der Hygiene und Biologie eingeführt werden und der Staat die Ausbildung der Lehrer in diesen Fächern übernehmen. Schliesslich empfiehlt Dr. Meirowsky an den Schulen Beratungsstellen einzurichten, an denen Pädagogen und Schulärzte mit den Eltern auf deren Wunsch die in die sexuelle Sphäre fallenden Erscheinungen besprechen, ihren Rat zur Verfügung stellen oder selbst die geeigneten Schritte unternehmen.

Personalnachrichten.

Niedergelassen haben sich: Franz Wendelin Berberich anfangs Januar in Walldürn, A. Buchen, Dr. Heinrich Otto Heitz am 16. Januar in Bühl, die Assistenzärzte Dr. Karl Breul am 1. November 1910 an der Universitätspoliklinik, Dr. Georg Eisner anfangs Januar an der Augenklinik, Dr. Eduard Bundschuh am 3. Januar an der chirurgischen Klinik, alle in Freiburg, die Assistenzärzte Fräulein Dr. Margarethe Wachsmuth an der chirurgischen Klinik, Dr. Ludwig Ruben an der Augenklinik, Dr. August Göz an der Ohrenklinik, Dr. Ludwig Kaumheimer an der Luisenheilanstalt, alle im November 1910 in Heidelberg, Dr. Karl Gräfe im Januar als Assistent an der medizinischen Poliklinik in Heidelberg, Richard Karl Bredow am 1. Dezember 1910 als Assistenzarzt am städtischen Krankenhaus und Dr. Bruno von Willmann im Januar 1911 als Assistenzarzt im Ludwig-Wilhelm-Krankenhaus, beide in Karlsruhe, Stabsarzt Dr. Franz Radloff im Februar in Konstanz, Dr. Egon Müller anfangs Januar in Neustadt i. Schw., Dr. Joseph Mahlenbrey am 3. Januar in Heiligenberg, A. Pfullendorf, die Zahnärzte Rudolf Schmid am 11. Januar in Mosbach, Friedrich Tryfus im November 1910 als Assistent am zahnärztlichen Institut in Heidelberg und Kurt Maretzky im Dezember 1910 als Assistent bei Zahnarzt Dr. Linsenmann in Karlsruhe.

Verzogen sind: Dr. Peter Götzmann Mitte Januar von Philippsburg, A. Bruchsal, nach Bergzabern, Dr. Josef Bayer Ende 1910 von Freiburg nach Aeschaffenburg, Augenarzt Dr. Paul Pfeil sowie die Assistenzärzte Dr. Hermann Pagenstecher und Dr. Alexander Pagenstecher von Heidelberg, Augenarzt Dr. Fritz Wengler im Dezember 1910 und Dr. Robert Spörl im Januar, beide von Konstanz, die Assistenzärzte Dr. Max Prochownik am städtischen Krankenhaus und Dr. Georg Hook am neuen St. Vinzenzshause, beide im Februar von Karlsruhe, die Zahnärzte Walter Dinkler Ende Dezember 1910 von Eberbach, Alfred Mayer am 10. Januar von Mosbach nach Eberbach.

Gestorben sind: Spezialarzt für Lungenkrankheiten Dr. Max Elsässer am 3. Februar in Mannheim, Dr. Paul Nopp am 19. Februar in Buchheim, A. Freiburg.

Wir machen noch besonders auf die bedeutsame Veranstaltung des Schwäbischen Gauverbands aufmerksam, über welche aus der Beilage alles Nähere zu entnehmen ist. Die in der Beilage erwähnte Fragekarte wolle man direkt von der Geschäftsstelle des Schw. Gauverbands in Reutlingen verlangen. Auch Beiträge zu den Kosten der Kurse werden dort dankbar angenommen (am besten direkt auf Postscheckkonto 2 180 Amt Stuttgart).

Anzeigen.

Auf der **inneren** Abteilung des **städtischen Krankenhauses** in

— Krefeld —

ist spätestens zum 1. April d. J. eine **Assistenzarztstelle** zu besetzen. Gehalt [neben vollkommen freier Station 1500 M., im zweiten Jahre 1800 M., im dritten 2100 M.

Dazu Nebeneinnahmen, deren Höhe aber nicht garantiert wird. Geeigneten älteren Bewerbern können eventuell Dienstjahre angerechnet werden.

Zuschriften mit Zeugnissen an den Oberarzt der Abteilung, **Dr. Reinhold**, erbeten

705]6.1

Assistenzarztstelle

an der **chirurgischen Abteilung** des **städtischen Krankenhauses in Krefeld** baldigst zu besetzen.

Anfangsgehalt 1500 M., jährlich steigend um 300 M. Freie Station I. Klasse, Wäsche etc. Urlaub von 3 Wochen jährlich.

Bewerbungen mit Zeugnissen umgehend an den dirigierenden Arzt, Herrn Sanitätsrat **Dr. Erasmus** erbeten. 702]2.1

Kurhaus Neckargemünd

für Nerven- und Gemütskranke.

Sofortige Aufnahme ohne Papiere. Freiwillige Aufnahmen. Tel.-A. Heidelberg 314. 11 bis 12 Uhr. Pro Tag von 10 M. ab. 684]24.4

Dr. Schaefer, leitender Arzt.

Sanatorium Alpirsbach

bei **Freudenstadt** (Schwarzwald)

für Nervenleiden und innere Krankheiten.

Das ganze Jahr geöffnet. Prosp. gratis. Dr. med. **K. Würz**.

Notiz für die Herren Bezirksärzte!

Den Herren Bezirksärzten empfehlen wir unser Lager von

Impressen

zu

Hebamentagebüchern.

Karlsruhe.

Malsch & Vogel,

Buchdruckerei u. Verlagshandlung

Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen.

Zur Beachtung: Meist sind nicht die ganzen Orte, sondern nur einzelne Stellen darin gesperrt. Näheres s. „grosse“ Cavetetafel in „Ärztl. Mitt.“ oder „Ärztl. Vereinsbl.“

Fernsprecher 1870 und 19 728.

Cavete collegae!

Drahtadresse: Ärzteverband Leipzig.

Verband zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen (Rhein.-Westf.-Betz.-Krank.-K. Verb.) Essen a. d. Ruhr.

Ahrensfelde, Brdb.
Assweiler i. Pfalz.
Aumenau i. H.-N.
Bad Schweizermühle sächs. Schw.
Benneckenstein-Hebegeiss (Harz).
Bieber, Kreis Offenbach a. M.
Bocholt, Westf.
Bösingfeld.
Bremen.
Derenburg, Pr. Sa.
Dresden.
Driesen (Mark).
Drusenheim U.-Els.
Eberswalde i. Bdbg.
Ehrang Bezirk Trier O.-K.-K.
Erkelenz, Rhld.
Frankfurt a. M.

Falkenberg b. Ahrensfelde.
Frecken Bz. Köln a. R.
Gebhardshain (Westerw.)
Geilenkirchen, Kr. Aachen.
Gera, R. Text. B.-K.-K.
Gross-Schönebeck i. Mark.
Halle a. S.
Hamburg, B.-K. f. Staatsang.
Hamm i. Westf.
Hanau, San.-Verein.
Hauenstein i. Pfalz.
Hausen (Kr. Limbg.)
Hohentengen i. W.
Hüllhorst, Westf.
Ingolstadt.
Jugenheim i. Rheinhessen.
Kassel-Rothenditold.
Kemel, H.-N.
Kettwig (Ruhr).
Kirchberg a. Jagst.
Köln a. Rh., Stadt- und Landkreis.

Köln-Deutz.
Köngen, Württemb.
Kupferhammer b. Eberswalde.
Lachen, Bez. A. Neustadt a. H.
Leipzig.
Malchin i. Mecklbg.
Minden, Westf.
Mohrungen, O.-Pr.
Mülheim a. Rhein.
München-Gladbach.
Munster, Hann.
Münsterberg i. Schl.
Nackenheim, Rhh.
Neuenhagen-Brallitz.
Neustadt (Wied.)
Neustettin i. Pom.
Niederwöllstadt i. Hess.
Niederwürzbach, Pfalz.
Oberhausen i. Rhld.
Ober- u. Nieder-Ingelheim, Rhh.
Oberrosbach i. H.

Ockstadt i. Hess.
Oderberg i. d. Mark.
Pattensen i. Hann.
Pechteich-Forst i. Mark.
Puderbach, Kreis Neuwied.
Pulsnitz i. Sa.
Quint b. Trier.
Rastenburg, O.-Pr.
Rathenow.
Recklinghausen i. W.
Rehau.
Rhein O.-Pr.
Rosenthal b. Blankenstein, R. j. L.
Rothenkirchen-Pressig, Oberfr.
Rüdersdorf-Kalkberge i. Mk.
Salzdetfurth i. Han.
Salzweil, Pr. Sachs.
Schornsheim Rhh.
Schwandorf, Bay.
Schutterwald, Amt Offenburg i. Bad.
Schwarzach i. Bad.

Sinn (Dillkreis).
Stettin Fabr.-K.-K. Vulkan.
Stockstadt, Rh.
Stommeln, Rhld.
Strassbessenbach b. Aschaffenh.
Strehla, Elbe.
Tempelburg, Pom.
Templin, Brandbg.
Unterschwarzach i. Bad.
Urft (Schmidt-heim), Kr. Schleiden.
Wallhausen bei Kreuznach.
Walsheim b. Bliesk.
Weidenthal, Pfalz.
Weissenfels a. Saale.
Wesseling b. Köln.
Wessling, O.-Bay.
Westdeutsche Vers.-Kr. und Unterstützungs-Zuschuss-Kasse, Köln a. Rh.
Wiesbaden.
Zerbst i. Anh.
Zingst, Pom.

Über vorstehende Orte und alle Verbandsangelegenheiten erteilt jederzeit Auskunft das Generalsekretariat, Leipzig, Dufourstrasse 18 II, Sprechzeit nachmittags 3—5 Uhr (ausser Sonntags). Kostenloser Nachweis von Praxis-, Auslands-, Schiffs- arzt- und Assistentenstellen sowie Vertretungen. [706]

FABRIKATION VON DUNG'S



CHINA-CALISAYA-ELIXIR

Dung's aromatisches
RHABARBER-ELIXIR
(Elixir Rhei aromatic. Dung),
ein angenehm schmeckendes mildes
Abführ- und Magenmittel
5 Teile Elixir enthalten 1 Teil Rhabarberwurzel

INHABER: ALBERT C. DUNG



FREIBURG IN BADEN.

609]12.2

Notiz für die Herren Impfarzte!
Den Herren Impfarzten empfehlen wir unser Lager aller zum
Impfgeschäfte nötigen Formulare.
Karlsruhe. **Malsch & Vogel,**
Buchdruckerei u. Verlagshandlung.

Dr. Sack's Sanatorium für Hautkranke.
Heidelberg. Klinische Behandlung aller chronischen und akuten Dermatosen. — Feinstb. Quarzlampe, Röntgen-, Hochfrequenz- und Radiumtherapie. — Vielseitiges kosmetisches Heilverfahren. — Salvarsan- u. Hg.-Kuren. — Urologische Behandlung. — Zimmer I. u. II. Klasse.
683]24.4

Sanatorium Dr. Lippert für Magen- u. Darm-
Baden-Baden kranke.
Stoffwechsel- und
Ernährungsstörungen.
— Beschränkte Patientenzahl. — 609]22.2

Plantaginol

Baur.

Bestandteile: Codein. phosphoric. 0,05 %, Kal. sulfoguanajacolic. 5 %
Bromide 3 %, Sir. Ipecac. 20 %, Mel Plantaginis ad 100,0.

Klinisch und in der Praxis erprobt. Durch seine äusserst günstige Zusammensetzung ist Plantaginol in all denjenigen Fällen indiciert, wo früher die mehr oder weniger schlecht vertragenen Kreosotpräparate ordiniert wurden, wie bei **katarhalischen und tuberkulösen Erkrankungen der Atmungsorgane**. Der Gehalt des Plantagins an Codein und Bromiden machen dasselbe zu einem vorzüglichen **Linderungsmittel bei Husten aller Art**.

Spezificum für hustende Tuberkulose und für Keuchhusten.

Gebunden sind die wirksamen Bestandteile an einen durch Maceration von Herba Plantaginis mit Honig hergestellten Sirup. Neben **Wohlgeschmack** hat das Präparat den Vorzug **genauester Dosierung** und **unbegrenzter Haltbarkeit**, und wird auch von Personen mit schwachem Magen und von Kindern selbst bei längerem Gebrauch gut vertragen.

Dosis für Erwachsene 4 bis 5 Teelöffel voll täglich, für Kinder entsprechend weniger.

Plantaginol, das **nur auf ärztliche Verordnung abgegeben werden darf**, ist in allen Apotheken zu haben in Originalflaschen zu 175 Gramm Inhalt, oder offen zur beliebigen Ordinerung. Preis der Originalflasche M. 2,20. Proben stehen den Herren Ärzten gratis und franko zur Verfügung.

Alleiniger Fabrikant

Fürstl. Fürstenbergische Hofapotheke Donaueschingen.

Richard Baur. 653|12.6

Friedrichshaller

Deutschlands Bitterwasser

Mild, sicher, prompt.

Den Herren Ärzten auf Verlangen Proben

647|24.11 unentgeltlich durch

C. Doppel & Co., Brunnenleitung, Friedrichshall S.-M.

Institut

für

Röntgentherapie (Oberflächen- u. Tiefenbestrahlung — Homogenbestrahlung —),

Finsen-, Quarzlampen-, Radiumbehandlung

sowie für statische Elektrizität und Hochfrequenz.

686|24.4

Mannheim O 2, 1 Dr. med. J. Wetterer,

(Paradeplatz). Spezialarzt f. Haut- u. Harnkrankheiten.

Mit 4 Beilagen: Prospekt über Original Dungs China-Calisaya-Elixir.
Prospekt über Salipyrin von J. D. Riedel A.-G., Berlin.
Prospekt über wissenschaftliche Kurse zum Studium der Alkoholfrage in Stuttgart.
Prospekt über verschiedene Präparate von C. F. Böhringer & Söhne in Mannheim-Waldhof.

Ärztlich erprobt! Trefflich bewährt! Glänzend empfohlen!

ESTON

Essigsaure Tonerde zum Trockengebrauch

Formeston	durch Aluminiumsulfat verstärkt in reiner und verdünnter Form als Streupulv., Schnupfenpulv., Vaseline, wasserhalt. Lanolin-Creme, Guttaplaste (Beiersdorf), Zinkpaste, Zahnpaste u. s. w. gegen	Subeston
essig-ammoniumsaure Tonerde, besonders kräftig		dopp. basische essigsaure Tonerde, besonders mild

Hyperhydrosis, Decubitus, Ekzeme aller Art, Herpes, Balanitis, Katarrhe u. Ausflüsse der Schleimhäute, Verbrennungen, Blutungen, eitrige Wunden, Zahnfleischentzündungen, Ulcus cruris u. a. 687|24.4

Literatur und Proben kostenlos.

Dr. Albert Friedlaender, Chem. Fabrik, Berlin W. 35.

Medizinischen Sauerstoff
von grösster Reinheit,
Sauerstoff-Inhalations- u. Narkose-Apparate
empfiehlt

Gustav Dittmar, Karlsruhe,
General-Vertreter der Vereinigten Sauerstoffwerke
G. m. b. H. Berlin. 685|24.4

Sanatorium Stammberg

Schriesheim a. d. Bergstrasse
für weibliche **Lungenkranke** des gebildeten
Mittelstandes. — 4,50 M. bis 6,50 M. pro Tag. —
Sommer- und Winterkur.
Prospekt durch leitenden Arzt **Dr. Schütz.**
643|24.10



Blasien

in bad. Schwarz-
wald,
800 Meter
über Meer.

Sanatorium Villa Luisenheim

für Nerven-, Magen-, Darm-, Stoffwechselkranke.

Das ganze Jahr geöffnet. Diätikuren. Physikalische Heilmittel jeglicher Art. — Zahlreiche Südveranden. — Liegehallen für Freiluftkuren am Rande des Waldes.

Lungenkranke ausgeschlossen.

Ärztliche Leitung: Hofrat Dr. Determann und Dr. Wiswe.

683|13.5