

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden. 1857-1933 1915

18 (30.9.1915)

Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden.

Erscheinen 2 mal monatlich.

Anzeigen:

2 Pfg. die einspaltige Petizeile
oder deren Raum,
mit Rabatt bei Wiederholungen.

Beilagen:

Preis nach Vereinbarung.

Einzelne Nummern 20 Pfg.

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.

LXIX. Jahrgang.

Karlsruhe

30. September 1915.

Massregeln gegen ansteckende Krankheiten, hier Kindbettfieber betreffend.

Nr. 39 705. An die Gr. Herren Bezirksärzte und
Bezirksassistentenärzte.

Gelegentlich eines zur Anzeige gelangten Falles einer
unter Fiebererscheinungen tödlich verlaufenen Fehlgeburt,
bei der der Fruchtkuchen zurückgeblieben war, hat sich
die Frage erhoben, ob ein im Verlaufe einer Fehlgeburt
aufgetretenes Fieber überhaupt und insbesondere auch
dann als anzeigepflichtige Kindbettfiebererkrankung im
Sinne des § 1 Abs. 2 der V.O. vom 9. Mai 1911, die
Bekämpfung übertragbarer Krankheiten betreffend, an-
zusehen ist, wenn das Fieber schon vor Ausstossung der
Nachgeburt auftritt.

Um den hierüber bestehenden Zweifeln zu begegnen,
veranlassen wir die Gr. Herren Bezirksärzte, die prak-
tischen Ärzte ihrer Dienstbezirke in geeigneter Weise
dahin zu verständigen, dass der Begriff des Kindbett-
fiebers im Sinne genannter Vorschrift jeden infektiösen,
von den Geschlechtsteilen ausgehenden Vorgang in sich
schliesst, der mit der Ausstossung einer Frucht zusammen-
hängt, wobei demnach weder die Zeit des Eintritts dieser
Ausstossung, ob unzeitig, frühzeitig oder rechtzeitig, noch
auch die Frage von entscheidender Bedeutung sein kann,
ob die Fiebererscheinungen schon vor oder erst nach
Ausstossung der Nachgeburt aufgetreten sind.

Karlsruhe, den 20. September 1915.

Grossherzogliches Ministerium des Innern.

Der Ministerialdirektor:

Pfisterer.

Dr. Nöldeke.

Zweite Kriegssitzung des Ortenauer Ärztevereins zu Offenburg am 4. August 1915.

Anwesend 24 Mitglieder, 19 befinden sich im Feld.
Der stellvertretende Vorsitzende widmete dem allzu-
früh im Dienst fürs Vaterland dahingeshiedenen lang-
jährigen Vereinsvorstand **Karl Moser** einen tiefempfun-
denen Nachruf, in dem sein lauterer Charakter und

insbesondere sein eifriges und erfolgreiches Wirken auf
dem Gebiet unserer Standesinteressen hervorgehoben
wurden. Der Verein wird deshalb dem treuen und
liebenswürdigen Kollegen stets ein dankbares Andenken
bewahren.

Daran anschliessend wird als erster Gegenstand der
Tagesordnung bestimmt:

Neuwahl des Vereinsvorstandes.

Die Kollegen sprechen sich bei der Beratung ein-
stimmig gegen eine Neuwahl im jetzigen Stadium aus
während so viele Mitglieder des Vereins im Felde stehen.
Es wurde deshalb der stellvertretende Vorstand ersucht,
die Geschäfte des Vereins einstweilen weiter zu führen,
was dieser auf Grund des allseitigen Wunsches gerne
zusagte.

2. Die Frage der Entschädigung einberufener Ärzte
betreffend wurde nach eingehender Diskussion ein Antrag
formuliert, welcher der bad. Landeszentrale unterbreitet
werden sollte und folgendermassen lautete:

In Bezug auf die Entschädigung der Kriegsärzte
erklärt sich der Ortenauer Ärzteverein im Prinzip damit
einverstanden, dass ein Fonds gesammelt werden soll zu
dem Zweck, diejenigen Kollegen, bei denen ein wirklicher
Notstand nachgewiesen wird, entsprechend zu entschädigen.
Der Verein hält es aber nicht für richtig, wenn über
diese Frage in den einzelnen Vereinsbezirken besonders
abgestimmt und beschlossen wird ohne Fühlung mit den
übrigen Vereinen, so dass eine ganz verschiedene Hand-
habung dieser Entschädigungsfrage in den einzelnen Be-
zirken resultieren würde; er ist vielmehr aus verschie-
denen Gründen der Ansicht, dass diese Frage im ganzen
Land einheitlich geregelt werden sollte, und könnte viel-
leicht von der Landeszentrale aus ein einheitliches Vor-
gehen der einzelnen Vereine angeregt und in die Wege
geleitet werden. Der Vorstand wird ersucht, die nötigen
Schritte in dieser Richtung zu tun.

3. Vortrag mit Demonstrationen des Kollegen Hof-
mann über eine grössere Anzahl interessanter Fälle aus
der kriegs-chirurg. Abteilung des Offenburger Kranken-
hauses, die die Kollegen mit lebhaftem Interesse ver-
folgten und wofür dem Vortragenden Anerkennung und
Dank ausgesprochen wurde. S.

89' 20

Kriegsbeschädigtenfürsorge und Reichs-Unfallversicherung.

In der »Berufsgenossenschaft« Nr. 16 bespricht Verwaltungsdirektor Lohmar, Syndikus der Rheinischen Vereinigung berufsgenossenschaftlicher Verwaltungen, die Frage, wie die Reichs-Unfallversicherung der Kriegsbeschädigtenfürsorge dienen und in einem zweiten Kapitel, welchen Nutzen die Unfallversicherung aus dieser Fürsorge ziehen kann. Was L. über das Heilverfahren und die ärztliche Behandlung ausführt, verdient auch unter den Ärzten bekannt zu werden und wird deshalb in Folgendem hier wiedergegeben:

»Heilverfahren. Was das Heilverfahren angeht, so ist von den massgebenden Stellen mit aller Deutlichkeit ausgesprochen und angeordnet worden, dass für Rechnung des Militärs ohne jede kleinliche Geldrücksicht alles geschehen soll, was geeignet ist, die Heilung zu fördern und die Erwerbsfähigkeit nach Möglichkeit wiederherzustellen. Es geht ein grosser Zug durch die Massnahmen der Militärverwaltung. Es muss auch anerkannt werden, dass sie seit Kriegsausbruch ununterbrochen und gewiss nicht ohne Erfolg an der Verbesserung des Heilverfahrens gearbeitet hat. Der gute Wille der Militärverwaltung steht also ausser jedem Zweifel. Wenn gleichwohl nicht alle militärischen Heileinrichtungen und -Massnahmen vollkommen sind und infolgedessen auch das Heilergebnis manchmal zu wünschenswerter Höhe liegt, das vor allem an der Riesenhaftigkeit der Aufgabe, an der ausserordentlichen Masse der Verwundeten, die wenigstens zeitweise, so vor allem in den ersten Kriegsmontaten bei dem damaligen unerhörten Vorgehen unserer Heere, zu behandeln waren, zum anderen aber an dem auch in ruhigeren Zeiten fortwirkenden Umstande, dass nicht alle von der Militärverwaltung verwendeten Ärzte jene besonderen Kenntnisse und Erfahrungen besitzen, die nach dem gegenwärtigen Stande der Unfallheilkunde zur Behandlung ernsterer Verletzungen notwendig erscheinen. Es fragt sich, wie diesem Nachteil nach Möglichkeit begegnet werden kann. M. E. nur durch die richtige Auswahl und Verteilung einmal der zur Verfügung stehenden Ärzte auf die Feld-, Kriegs-, Etappen-, Garnison- und Reservelazarette, zum anderen der Verwundeten auf die zur Verfügung stehenden Ärzte und Lazarette. An die Front und unmittelbar hinter die Front gehört vor allem der Chirurg von Fach, damit der erste oft für den ganzen Verlauf entscheidende operative Eingriff einwandfrei erfolgt, in die Heimat aber neben dem erfahrenen praktischen Arzt der Vertreter der orthopädischen Chirurgie. Die Verwendung des einzelnen Arztes ist in erster Linie davon abhängig zu machen, wie er zum Heil der Kriegsbeschädigten am besten verwendbar ist, andere Rücksichten, etwa darauf, ob der Arzt Sanitätsoffizier ist oder nicht, in welchem Rang er steht usw., haben zurückzutreten.

Auch bei der sachgemässen Auswahl und Verteilung der Ärzte wird es indes nicht möglich sein, alle Lazarette mit Ärzten zu versehen, die auch den schwereren und schwersten Fällen gewachsen sind. Deswegen muss der einzelne Verwundete dem für ihn geeigneten Lazarett überwiesen werden. Die danach nötige Auswahl und Verteilung der Verwundeten sollte nach Möglichkeit im

Feld- und Kriegslazarett vorbereitet, nötigenfalls bei dem Transport oder bei der Ankunft (namentlich in Städten mit mehreren Lazaretten) bewerkstelligt und geeignetenfalls unter Überführung in ein anderes Lazarett nachträglich vorgenommen werden. Geschieht das, so kann es nicht mehr vorkommen, dass ein erfahrener Chirurg neben wenigen für ihn geeigneten Verwundeten zahlreiche geringfügige Fälle erhält, während chirurgisch wenig geschulte und geübte praktische Ärzte schwerchirurgische Fälle zu behandeln haben. Man wird demgegenüber auf die Einrichtung des beratenden Facharztes und der Sanitätsinspektion, also auf die geschaffene Fachhilfe und Aufsicht verweisen, die dazu bestimmt sind, die bestmögliche ärztliche Behandlung sicherzustellen. Die notwendige Voraussetzung ist aber, dass Facharzt und Sanitätsinspektion richtig arbeiten. Ob das gegenwärtig immer der Fall ist, will mir zweifelhaft erscheinen. Die Fachärzte haben m. W. nicht die nötigen Vollmachten, und die Sanitätsinspektionen umfassen so grosse Bezirke (den Bereich mehrerer Armeekorps), dass der an ihrer Spitze stehende Sanitätsoffizier seine Aufgabe unmöglich bewältigen kann, auch wenn er für sein Amt nicht nur den nötigen militärischen Rang, sondern auch die besondere Schulung und Erfahrung, vor allem in Chirurgie und Orthopädie, mitbringt. Sollte es nicht richtig sein, den Sanitätsinspekteur und die beratenden Fachärzte derart in organische Verbindung zu bringen, dass die Fachärzte als die Beauftragten des Sanitätsinspektors tätig sind und nötigenfalls mit seiner Unterstützung die erforderlichen Massnahmen (Vervollständigung von Einrichtungen, Versetzung von Ärzten, Verlegung von Verwundeten, Zuziehung von Fachärzten zur Behandlung usw.) herbeiführen?

Was die ärztliche Behandlung selbst angeht, so können die Leitsätze für das Heilverfahren während der Wartezeit als Richtschnur gelten, die unter Mitwirkung von Vertretern der Berufsgenossenschaft, der Versicherten und der Ärzte (auch der Kassenärzte) das Reichsversicherungsamt im Jahre 1911 erlassen hat. Diese Leitsätze entsprechen immer noch im wesentlichen den Forderungen der Ärzte, die auf dem Gebiete der Behandlung von Unfallverletzungen besondere Erfahrungen haben, vor allem also der Chirurgen und Orthopäden. Indem diese Ärzte zahllose unfallverletzte Rentenempfänger auf die Berechtigung zum Weiterbezüge der Rente nachzuuntersuchen hatten, erkannten sie die Mängel der ärztlichen Behandlung, die im wesentlichen die anatomische Heilung anstrebte, lehrten sie uns, die chirurgische Behandlung von vornherein auf die möglichste Erhaltung und Wiederherstellung der Funktion abzustellen, diese Gesichtspunkte die Operations- und Verbandtechniken unterzuordnen, schon während der Heilung und im Anschluss an diese besondere orthopädische Massnahmen anzuwenden, die vor allem nachteilige Veränderungen der normalen Stellung verhindern und die Tätigkeit der Gelenke erhalten oder wiederherstellen. Nicht eine Nachbehandlung zur tunlichsten Wiederbeseitigung der bei der Behandlung entstandenen Nachteile (Stellungsänderungen, Gelenkversteifungen, Muskelschwäche usw.) sondern von vornherein eine Behandlung, die diese Nachteile nach Möglichkeit verhütet und, soweit sie nicht ganz vermeidbar sind, sie auf das geringste Mass zurück-

führt. Mit besonderer Klarheit und Anschaulichkeit sind diese Fortschritte der ärztlichen Wissenschaft, die wir lediglich dem Bestehen der Reichs-Unfallversicherung verdanken, neuerdings von Herrn Prof. Dr. Ritschl, Freiburg im Breisgau, in den »12 Geboten zur Verhütung des Krüppeltums bei unseren Kriegsverwundeten«, veröffentlicht u. a. auch in der »Berufsgenossenschaft« (Nr. 6/1915), herausgearbeitet worden, auf die die Militärbehörden und die Berufsgenossenschaften nicht nachdrücklich genug hingewiesen werden können. Jene Fortschritte sind nämlich keineswegs schon Allgemeingut der Ärzte; sie sind in vollem Umfange meist nur solchen orthopädischen Chirurgen zu eigen, die in der Behandlung von Unfallverletzten besondere Erfahrung haben. Hoffen wir, dass hierin durch geeignete Massnahmen zur Fortbildung der praktischen Ärzte, besonders aber zur Ausbildung unserer Medizinalstudierenden künftig Wandel geschaffen werden wird.«

Ähnliche aus Erfahrungen geschöpfte Anschauungen sind auch in den Kreisen der ärztlichen Sachverständigen gezeugt worden und nach Beendigung des Krieges werden durch eingehende Beratungen aller zuständigen Faktoren — und hierzu gehören auch die Landesvertretungen der Ärzte — die Nutzenwendungen für die Zukunft gezogen werden müssen.

Als dem Kapitel über die ärztliche Behandlung seien folgende Ausführungen hier wiedergegeben:

»Dass die ausserordentliche Fülle von Erfahrungen, die der Krieg unseren Ärzten vermittelt, der Vervollkommnung der ärztlichen Behandlungsmethoden zugute kommen wird, ist bei der Wissenschaftlichkeit und dem Ernste, die unsere Medizin auszeichnen, selbstverständlich. Man darf aber hoffen, dass jene Erfahrungen noch ein Weiteres lehren werden. Sie werden bestätigen, dass die Aus- und Fortbildung unserer praktischen Ärzte nach der chirurgischen Seite hin änderungsbedürftig ist. Den in der Behandlung von Unfallverletzungen besonders erfahrenen Ärzten und den Berufsgenossenschaften ist das nichts Neues. Sie haben längst gefordert, dass der praktische Arzt besser in den Stand gesetzt werde, die so ausserordentlich zahlreichen Verletzungen der Gliedmassen, vor allem die Knochenbrüche, in einer den neuzeitlichen Anforderungen der Chirurgie und Orthopädie entsprechenden Weise zu behandeln. Wie das nach den Forderungen sachverständiger Ärzte zu geschehen hat, kann hier nicht im einzelnen dargelegt werden. Nur soviel sei gesagt, dass an die Stelle veralteter Behandlungsmethoden, die ohne entscheidende Rücksicht auf die Funktion die möglichst vollkommene anatomische Heilung bezwecken, im Unterrichts an unseren Hochschulen allgemein die neuzeitlichen Behandlungsmethoden treten müssen, die dem Gesichtspunkte möglichstster Wiederherstellung der Funktion die entscheidende Bedeutung zukommen lassen und ihm beim Widerstreit mit der Forderung möglichst vollkommener anatomischer Heilung den Vorrang einräumen. Was nützt es, dass beispielsweise ein Speichenbruch, wie es unter Bezugnahme auf die Anleitung hervorragender chirurgischer Lehrbücher immer wieder geschieht, mit Hilfe des Gipsverbandes in korrigierter Stellung, die meist übrigens nicht einmal gelingt, zur Heilung gebracht wird, wenn dabei infolge

der Ruhigstellung der Gelenke und der Untätigkeit der Muskulatur die benachbarten Gelenke unheilbar versteifen und die Muskeln abmagern und schwinden, während bei neuzeitlicher Behandlung ohne Feststellung im Gipsverbande vielleicht die Stellung etwas mehr von der regelrechten abweicht, dafür aber Beweglichkeit und Muskulatur und damit die Funktion erhalten bleiben. Es genügt aber nicht, dass die neueren Behandlungsmethoden gelehrt, sondern die Behandlungsmethoden müssen von dem jungen Mediziner auch mehr als bisher praktisch geübt werden. Die ärztliche Behandlung ist nicht nur eine Wissenschaft, sondern in ihrer praktischen Anwendung vor allem eine Kunst. Kunst aber kommt von Können, und das Können ist bei Dingen, die so sehr wie die ärztliche Behandlung der Gliedmassenverletzungen manuelle Fertigkeit voraussetzt, von Übung abhängig, die nur in öfterer Anwendung gewonnen wird. Diese Übung muss aber schon während der Ausbildung des Medizinstudierenden erworben werden. Dort findet sie unter ständiger Aufsicht erfahrener Lehrer statt, die dafür sorgen, dass der Kranke keinen Schaden leidet. Es geht nicht an, die Übung in die Zeit der ärztlichen Praxis zu verlegen, wie es wiederholt von Ärzten verlangt worden ist, die da glaubten, den Berufsgenossenschaften den Vorwurf machen zu sollen, sie gefährdeten die Ausbildung der praktischen Ärzte, indem sie zahlreiche Verletzungsfälle an Fachärzte verwiesen. Dieser Vorwurf ist mit Zuspitzung auf das vaterländische Interesse erhoben worden, indem darauf hingewiesen wurde, die praktischen Ärzte werden im Kriegsfall nicht in der Lage sein, die Kriegsverwundeten einwandfrei zu behandeln. Wenn das letztere zutrifft, tragen nicht die Berufsgenossenschaften, sondern die nicht ausreichende Ausbildung der Medizinstudierenden und die nicht genügend sichergestellte Fortbildung der Ärzte die Schuld. Es kann den der Fürsorge der Berufsgenossenschaft anvertrauten Unfallverletzten nicht zugemutet werden, dem behandelnden Arzte in seiner jungen Praxis als Versuchs- oder Übungsobjekte zu dienen, mit deren Hilfe er die während seiner Ausbildung verabsäumte praktische Übung erlangt.

Zu allgemeiner Anerkennung und ungeahnter Wertschätzung ist infolge der Erfahrungen der Kriegsbeschädigtenfürsorge das an unseren Hochschulen bisher stiefmütterlich behandelte Fach der Orthopädie gelangt. Diese Anerkennung und Wertschätzung sind gewiss verdient. Es will mir aber fraglich erscheinen, ob mit der schon betriebenen Errichtung von Lehrstühlen speziell für Orthopädie alles Notwendige geschehen ist. Worauf es nach dem Urteil besonders sachverständiger Ärzte und auch nach den Erfahrungen in der Reichs-Unfallversicherung ankommt, ist vielmehr dies, dass von der sogenannten »grossen« Chirurgie (Kopf-, Brust-, Bauchhöhle usw.) die mit Hilfe der Orthopädie zu betreibende Extremitäten-Chirurgie getrennt und dass für die letztere — neben dem ersten Lehrstuhl für Chirurgie — ein besonderer, zweiter Lehrstuhl errichtet wird. Für die praktischen Ärzte ist die Extremitäten-Chirurgie noch wichtiger als die grosse Chirurgie. Aus beiden Teilen der Chirurgie müssten pflichtige Prüfungsfächer werden, beide Lehrer der Chirurgie zu Examinatoren bestellt werden. Dadurch würde, wenn man zu Lehrern der Extremitäten-Chirurgie nur hierin besonders erfahrene,

zugleich auch orthopädisch geschulte Ärzte beriefe und der Unterricht eine Ausgestaltung nach der Seite der praktischen Übung erführe, eine medizinische Ausbildung erreicht werden, die, wenn zugleich die notwendige Fortbildung sichergestellt würde, unsere praktischen Ärzte mehr als bisher befähigen würde, Unfallverletzungen und Kriegsverwundungen mit Erfolg zu behandeln. Das wäre eine besonders erfreuliche Folge der in der Kriegsbeschädigtenfürsorge gesammelten Erfahrungen, ein Fortschritt, den niemand mehr begrüssen würde als die Berufsgenossenschaften, denen es wirklich nicht darauf ankommt, den praktischen Arzt zu beeinträchtigen, die vielmehr nur das Interesse haben, den ihrer Fürsorge anvertrauten Unfallverletzten so vollkommen, wie nach dem Stande der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung möglich, geheilt zu sehen. *

Dieser zweite Teil der Ausführungen über Vervollkommnung der ärztlichen Behandlung kann nicht ganz unwidersprochen bleiben. Bei aller Anerkennung der Notwendigkeit, schon den Medizinstudierenden mit der sozialen Medizin bekannt zu machen, erscheint es sehr fraglich, ob die Studienzeit ausreicht, ihn in die schwierigen Einzelheiten der »sozialen Chirurgie« einzuweihen. Mindestens wird auf die Fortbildung grosses Gewicht gelegt werden müssen.

Der Vorwurf, der den Berufsgenossenschaften von den Ärzten gemacht wurde, bestand und besteht nicht darin, dass sie zur Behandlung Unfallverletzter Fachärzte bestellen, sondern dass sie durch unterschiedslose Verweisung aller berufsgenossenschaftlichen Fälle an Fachärzte dem Praktiker jede Gelegenheit zur Fortbildung rauben, denn der Unterricht allein tut es nicht, die Praxis ist der wesentliche Faktor der Fortbildung. Möge man vertrauensvoll die Entscheidung der Frage, ob und welche Fachbehandlung nötig ist, dem Urteile des Praktikers überlassen, er wird sich sicherlich an Aufgaben nicht herandrängen, die nicht seines Amtes sind und durch nachdrückliche Aufsicht und Belehrung können etwaige Verstösse Einzelner mehr und mehr herabgemindert werden. Man sollte meinen, was in der privaten Behandlung zu Recht besteht, sollte auch für die Unfallpraxis zutreffen. Ein Einlenken der Berufsgenossenschaften in der bezeichneten Richtung würde von den segensreichsten Folgen auch für den Kriegsfall begleitet sein.

Berl. Ärzte-Corr. Nr. 38.

Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse im Grossherzogtum Baden im 4. Vierteljahr 1914.

Aus dem amtlichen Bericht.

Während des 4. Quartals 1914 starben im Grossherzogtum Baden mit Ausschluss der Totgeborenen im ganzen 8 331 Personen, unter diesen 1 724 im 1. Lebensjahr und 671 im Alter von 1—15 Jahren; an Schälblasen 6, chronischem Alkoholismus 8, Influenza sowie Syphilis mit ihren Folgen je 14, an Scharlach 15, Unterleibstypus 24, Kindbettfieber 26, Masern 53, Keuchhusten 58, Diphtherie und Krupp 120, an Verdauungsstörungen (Kinder unter 1 Jahr) 536, Krebs 551 und an Lungen- und Kehlkopfschwindsucht 592. Verglichen mit den entsprechenden Ziffern der beiden Vergleichs-quartale geben uns die Zahlen des Berichtsquartals das Bild

geringer Zunahme der allgemeinen, sowie der Säuglingssterblichkeit; der Sterblichkeit der Kinder von 1—15 Jahren neben jener an Diphtherie, Typhus, Kindbettfieber und Syphilis; einer geringen Abnahme dagegen der übrigen Mortalitätszahlen gegenüber dem 4. Quartal 1913, und, gegenüber dem unmittelbar vorhergegangenen 3. Berichtsquartal eine Zunahme der Sterbeziffern lediglich der Kinder von 1—15 Jahren sowie der Todesfälle an Scharlach, Diphtherie, Typhus, Kindbettfieber und Syphilis, in allen übrigen Zahlen aber eine Abnahme.

Zur Anzeige kamen je 1 Fall von spinaler Kinderlähmung, Körnerkrankheit und Genickstarre, 2 von Milzbrand, 35 von Ruhr, 107 von Kindbettfieber, 167 von anzeigepflichtigen Erkrankungen an Lungen- und Kehlkopfschwindsucht, 217 an Unterleibstypus, 432 an Scharlach und 1 101 an Diphtherie.

Gegenüber dem vorhergegangenen 3. Quartal haben wir eine Vermehrung der Erkrankungsfälle an Scharlach, Diphtherie, Typhus und Kindbettfieber, dagegen eine Verminderung sämtlicher übrigen Infektions-Krankheiten; gegenüber dem gleichen Quartal 1913 aber eine Vermehrung der Erkrankungen an Diphtherie, Typhus, Ruhr und Kindbettfieber, eine Verminderung an Scharlach, spinaler Kinderlähmung, Genickstarre, Milzbrand und anzeigepflichtigen Erkrankungen an Tuberkulose.

Im ganzen Jahr 1914 starben mit Ausschluss der Totgeborenen 33 589 Personen, unter diesen 7 919 Kinder im Alter von 1—15 Jahren; an Nahrungsmittelvergiftung 1, an Genickstarre 3, an Milzbrand und spinaler Kinderlähmung je 4, an Schälblasen der Neugeborenen 6, an chronischem Alkoholismus 35, an Syphilis und ihren Folgen 43, an Scharlach 51, Typhus 53, Kindbettfieber 26, Influenza 97, Keuchhusten 240, Diphtherie (mit Krupp) 120, Masern 274, endlich an Krebs 2 353, an Verdauungsstörungen (Kinder unter 1 Jahr) 2 827 und an Lungen- und Kehlkopfschwindsucht 3 065.

Gegenüber den Zahlen des Jahres 1913 zeigt uns das Berichtsjahr 1914 neben einem kleinen Mehr an Totgeborenen wie an Gestorbenen überhaupt einschliesslich der Säuglings-Sterblichkeitsziffer noch eine nicht unerhebliche Vermehrung der Todesfälle an Diphtherie, Keuchhusten, Typhus und Milzbrand, eine Verminderung aber derjenigen an Scharlach, Influenza, Lungen- und Kehlkopfschwindsucht, Genickstarre, Kindbettfieber, Ruhr, chronischem Alkoholismus, Nahrungsmittelvergiftung sowie an Krebs.

Zur Anzeige kamen: 1 Fall von Blattern, 19 Fälle von Körnerkrankheit, 21 von Milzbrand, 104 von Ruhr, 345 von Kindbettfieber, 486 von Abdominaltyphus, 1 131 von anzeigepflichtiger Lungen- und Kehlkopftuberkulose, 1 756 von Scharlach und 3 209 von Diphtherie.

Die Gegenüberstellung dieser Zahlen mit denen des Jahres 1913 ergibt für das Berichtsjahr ein Anwachsen der Erkrankungen an Typhus, Ruhr, Milzbrand und Körnerkrankheit (Trachom), einen Rückgang aber von Scharlach, Diphtherie, Genickstarre, spinaler Kinderlähmung und Kindbettfieber.

Trotz dem Mehr, vorzüglich an Typhus und Ruhr, ist das Jahr 1914 als ein gesundheitlich nicht ungünstiges deshalb zu verzeichnen, weil auf der einen Seite namentlich diejenigen Infektionskrankheiten, welche die allgemeinen gesundheitlichen Verhältnisse hauptsächlich zu beeinflussen pflegen, der Scharlach, die Diphtherie, das Kindbettfieber

die spinale Kinderlähmung mit der Genickstarre, nicht nur absolut günstigere Zahlen aufwies, sondern weil auch andererseits sämtliche Infektionskrankheiten fortgesetzt eine erfreulich geringe Bösartigkeit zeigten.

Es ist dies aus folgender übersichtlicher Darstellung zu ersehen:

Es erkrankten und starben im letzten Vierteljahr sowie im ganzen Jahr 1914:

a. in einzeln anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten:

		1. Blattern		2. Scharlach		3. Diphtherie und Krupp	
im		erkrankt	gest. %	erkrankt	gest. %	erkrankt	gest. %
4. Quartal	1914	—	—	432	15 3,4	1101	120 10,8
3. Quartal	1914	—	—	401	10 2,4	531	37 6,9
2. Quartal	1914	1	—	441	13 2,9	585	37 6,3
1. Quartal	1914	—	—	482	13 2,6	992	76 7,6
Jahr	1914	1	—	1756	51 2,9	3209	270 8,4
Jahr	1913	1	—	3487	109 3,0	3320	231 6,9

		4. Typhus		5. Kindbettfieber		6. Genickstarre	
im		erkrankt	gest. %	erkrankt	gest. %	erkrankt	gest. %
4. Quartal	1914	217	24 11,1	107	26 24,3	1	—
3. Quartal	1914	175	14 8,6	63	11 19,3	1	—
2. Quartal	1914	55	9 16,3	71	11 15,4	5	2 40,0
1. Quartal	1914	39	6 15,3	104	25 24,0	6	1 16,6
Jahr	1914	486	53 10,9	345	73 21,1	13	3 23,0
Jahr	1913	229	29 12,6	376	99 26,2	15	10 66,6

		7. Spinaler Kinderlähm.		8. Ruhr (übertragbarer)		9. Milzbrand	
im		erkrankt	gest. %	erkrankt	gest. %	erkrankt	gest. %
4. Quartal	1914	1	—	35	—	2	—
3. Quartal	1914	4	—	66	—	8	2 25,0
2. Quartal	1914	4	2 50,0	3	—	5	1 20,0
1. Quartal	1914	6	2 33,3	—	—	6	1 16,0
Jahr	1914	15	4 26,6	104	—	21	4 19,5
Jahr	1913	181	12 6,7	23	5 2,7	15	3 20,0

		10. 1 bis 9 zusammen		
im		erkrankt	gestorben	%
4. Quartal	1914	1896	185	9,7
3. Quartal	1914	1249	73	5,8
2. Quartal	1914	1170	75	6,4
1. Quartal	1914	1604	124	7,7
Jahr	1914	5915	457	7,7
Jahr	1913	7645	492	6,4

b. an einzeln nicht, sondern nur bedingungsweise oder bei gehäuftem Auftreten anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten sind gestorben:

		1. Masern		2. Keuchhusten		3. Influenza		4. Lungen- u. Kehlkopftuberkulose	
im		erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben
4. Quartal	1914	53	58	14	592				
3. Quartal	1914	57	65	2	705				
2. Quartal	1914	89	57	28	869				
1. Quartal	1914	75	60	53	889				
Jahr	1914	274	240	97	3055				
Jahr	1913	198	335	196	3207				

auf 1 000 Einwohner 1914: 1,43
auf 1 000 Einwohner 1913: 1,49

Die Gesundheits- und Sterblichkeitsverhältnisse eines Landes sind selbstverständlich von so gewaltigen Kriegsverhältnissen, wie wir sie zurzeit erleben, in hohem Grade abhängig. War dieser Einfluss, das ist die Frage unserer statistischen Rückschau, ein günstiger oder ungünstiger? Einen geradezu fördernden Einfluss des Krieges auf die Volksgesundheit wird freilich niemand erwarten, einen recht ungünstigen vielmehr fast unbedingt voraussetzen. Es kommen hier, abgesehen von den die Sterbeziffern direkt beeinflussenden Kriegsverlusten an Toten und Verwundeten hauptsächlich die Einwirkungen der sogenannten Kriegsseuchen in Betracht, und es sind hier einerseits von den gemeingefährlichen Krankheiten insbesondere die Blattern, die Cholera und der Flecktyphus, andererseits von den einheimischen übertragbaren Krankheiten hauptsächlich der Typhus und die Ruhr zu nennen, die — nach allen bisherigen Erfahrungen — den Gegenstand ernstester Besorgnis zu bilden pflegen. Soweit nun die 5 Kriegsmonate des Jahres 1914 in Betracht kommen, hat sich diese Besorgnis als unberechtigt erwiesen in bezug auf die Gefahren der Blattern, der Cholera und auch des Fleckfiebers, durchaus aber nicht hinsichtlich des Typhus und der Ruhr. Diese beiden Infektionskrankheiten, die in schweren Kriegszeiten tief nicht nur in die Gesundheitsverhältnisse der kämpfenden Truppen, sondern auch der Zivilbevölkerung einzugreifen pflegen, boten nun zweifelsohne auch für unsere Berichtszeit wesentlich erhöhte Erkrankungsziffern, und es ist fraglos von Interesse, zu sehen, ob und in welchem Umfang diese Erhöhungen die Kriegsteilnehmer einerseits und andererseits die Zivilbevölkerung berührt haben. Unsere diesbezüglichen Erhebungen haben ergeben, dass von den 486 Typhuserkrankungen des Berichtsjahrs 1914 392 auf die beiden letzten Quartale und nur 94 auf die beiden ersten entfielen, und ferner, dass von den 392 Fällen der beiden Kriegs quartale 177 Kriegsteilnehmer, darunter 11 Kriegsgefangene, betroffen hatten. Im Jahre 1913 hatte nun die Gesamtzahl der Typhuserkrankungen nur 229 betragen, also annähernd 100 Prozent weniger, und, da das Mehr der Gesamterkrankungsfälle an Typhus im Jahr 1914 mit der Zahl 260 die auf die Kriegsteilnehmer entfallende Ziffer immerhin noch erheblich übersteigt, so ist es zweifellos, dass an der wesentlich erhöhten Gesamterkrankungsquote in nicht geringem Mass auch die Zivilbevölkerung beteiligt war.

Anders verhält es sich mit den Ruhrerkrankungen: ihre Gesamtzahl übersteigt mit 104 erheblich die nur 23 des Jahres 1913. Von diesen 104 Erkrankungen entfielen nun nicht weniger als 101 allein auf Kriegsteilnehmer und unter diesen wiederum 9 auf Kriegsgefangene, während die Zivilbevölkerung nur in 3 Fällen, die auf die beiden ersten Jahres quartale entfallen, an der Gesamterkrankungszahl des Berichtsjahrs beteiligt war. Die Last und Gefahr der Ruhrerkrankungen hatten daher im wesentlichen nur die Kriegsteilnehmer zu tragen, zum Glück aber trugen sie nicht zu schwer daran insofern, als kein einziger Todesfall an dieser Krankheit und ihr Auftreten unter den Truppen dafür als ein ausnahmsweise gutartiges zu verzeichnen war.

Hinsichtlich der übrigen Vergleichsziffern der Jahre 1914 und 1913 sei nur noch auf den verhältnismässig sehr günstigen Stand der Scharlach- und Diphtherieerkrankungen unseres Berichtsjahrs gegenüber seinem Vorgänger, und ferner darauf hingewiesen, dass die bei dem zahlreichen Auftreten der spinalen Kinderlähmung im Jahr 1913 be-

greifliche Besorgnis, dass wir vor einer Periode raschen Anstiegens dieser Krankheitskurve, etwa nach dem Massstabe der in Schweden und in Nordamerika erlebten grösseren Epidemien stehen, sich zum Glücke nicht erfüllt hat.

Trotz der Kriegsverhältnisse finden wir ferner die Gesamtsumme der 1914 zur Anzeige gebrachten Einzelkrankungen an übertragbaren Krankheiten hinter jenen des Jahres 1913 erheblich zurückbleibend, und diese Tatsache ist um so erfreulicher, als auch die Summe der Todesfälle an nicht einzeln, sondern nur bedingungsweise oder bei gehäuftem Auftreten anzeigepflichtigen Infektionskrankheiten — Masern, Keuchhusten, Influenza und Tuberkulose — im Berichtsjahr hinter jener des Vergleichsjahrs 1913 zurückblieb. (3 666 : 3 936)

So hätten wir demnach allen Grund, mit den Gesundheitsverhältnissen des Jahres 1914 zufrieden zu sein, wenn uns eben der böse Krieg —, von den übertragbaren Krankheiten abgesehen — nicht anderweitige zahlreiche und schmerzliche Opfer an teuern Menschenleben auferlegt hätte. — Diese sind es zweifelsohne allein, die trotz der erwähnten gesundheitlichen Vorzüge des Berichtsjahrs dessen Gesamtsterblichkeitsziffer erhöht haben. Diesen Faktor konnten wir freilich, als wir die statistische Rückschau über die Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse des Jahres 1913 mit der Hoffnung für das Jahr 1914 abschlossen, dass wir auch in ihm dem fernliegenden idealen Ziel der Volksgesundheit wieder um einen Schritt näher kommen, nicht in die prognostische Rechnung einfügen; heute aber wollen wir es in dem Sinne tun, dass wir hoffen, dass wir 1916 bei dem statistischen Rückblick auf 1915 den Faktor Kriegsoffer als zum endgültigen Abschluss gebracht vollauf überblicken, dann aber für eine lange glückliche Zukunft aus unserer Statistik ausschalten können.

Verschiedenes.

Die Zahl der Ärzte in Deutschland. Nach den neuesten Feststellungen des Statistischen Amtes betrug die Zahl der

Ärzte in Deutschland im Jahre 1913: 34 196, der Ärztinnen 195 bei 66 835 000 Einwohnern. Durchschnittlich kamen auf 10 000 Einwohner 5,11 Ärzte, in den Grosstädten 9,6 für das übrige Deutschland 3,8. Von Grosstädten hatten Wiesbaden nicht weniger als 28, Gross-Berlin 11,9, Hamburg 2,3 Ärzte auf 10 000 Einwohner. Durch die Notapprobation infolge des Kriegsausbruches 1914 kommen etwa 2 250 junge Ärzte hinzu, wodurch die Gesamtzahl der im Deutschen Reiche vorhandenen Ärzte um nahezu 7 Proz. vermehrt ist.

Nach einer amtlichen Bekanntmachung sind während des Prüfungsjahrs 1913/14 in Preussen 1568, in Bayern 937, in Sachsen 202, in Württemberg 95, in Baden 539, in Hessen 39, in Mecklenburg 123, in den Thüringischen Staaten 111 und in Elsass-Lothringen 133 Ärzte approbiert worden, insgesamt also 3 747. Vordem betrug die Zahl der Ärzte in Deutschland rund 33 000.

Ergebnis der ärztlichen Prüfungen in Preussen während der Jahre 1908/09 bis 1913/14.

In der neuesten Nummer des „Ministerialblatt für Medizinalangelegenheiten“ werden die Ergebnisse der ärztlichen Prüfungen bei den Prüfungskommissionen in Preussen in der Zeit von 1908/09 bis 1913/14 veröffentlicht. Das Jahr 1913/14 zeigt gegenüber dem Vorjahre in der Gesamtzahl der Kandidaten, die sich der Prüfung unterzogen, eine Zunahme von etwa 6,5 v. H.; die Zahl der Kandidaten, welche die Prüfung bestanden, ist um etwa 17 v. H. gestiegen.

Prüfungsjahr	Gesamtzahl der Kandidaten	Bestanden haben die Prüfung
1908/09	466	99
1909/10	555	91
1910/11	651	90
1911/12	770	91
1912/13	849	745
1913/14	904	875
Summe	4195	3751
Durchschnitt	699	625

SEDOBROL
"ROCHE"

Das diätetische Brompräparat
Genauere Dosierung
Vermeidung der Bromfurcht
Beruhigungsmittel bei Neurasthenie, Epilepsie, psychischen Störungen.

DOSEN mit 10, 30, 60, 100, 500, 1000 Tabl.

F. HOFFMANN-LA ROCHE & CO., BASEL (SCHWEIZ), GRENZACH (BADEN), WIEN (ÖH.)

Das weltbekannte
SIROLIN "ROCHE"
ist ein angenehmes und wirksames
Guajacol-Präparat
hergestellt mit THIOCOL Roche

Literatur und Proben durch:
F. HOFFMANN-LA ROCHE & CO.
BASEL (SCHWEIZ), GRENZACH (BADEN),
WIEN (ÖH.)

Institut

für

Röntgen- (Oberflächen- und Tiefenbestrahlung)
Radiumbehandlung (externe u. tumorale Behandlung)

sowie für

Finsen-Quarzlampen-Hochfrequenztherapie.

Mannheim O 2. 1

Dr. med. J. Wetterer,

Spezialarzt f. Haut- u. Harnkrankheiten.

Blutuntersuchung nach Wassermann

jeden Freitag

Mannheim O 2. 1. Institut Dr. Wetterer.

207|24.15

Donaueschingen, Schwarzwald.

= Solbad, Höhenluftkurort, 750 m ü. d. M. =

Reich an Schenswürdigkeiten. ff. Park, sehr ausgedehnt und abwechslungsreich. Hochwald in der Nähe. — 3 Ärzte.

Solquelle, neu erschlossen im Jahre 1912,

30 % radiumhaltig.

Hôtel Kurhaus Schützen

J. Buri

mit Solbadanstalt im Hause und in den Stockwerken.
Sole-Anschluss an die städt. Soleleitung
Zentralheizung. Altbekannt, behaglich; mit Kurhaus.
Staubfrei gelegen.

Pension von Mk. 6.— ab.

An den Lungenheilstätten Friedrichsheim und
Luisenheim bei Kandern (Baden) kann unverheirateter

Hilfsarzt (Ärztin)

oder Medizinalpraktikant oder auch cand. med. eintreten.

Bedingungen auf Anfrage durch

die Direktion.

201|2.1

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 **die Verwaltung.**

Auch während des Krieges geöffnet. 187|24.24

Den Herren Impfarzten empfehlen wir unser Lager aller zum

Impfgeschäfte nötigen Formulare.

Karlsruhe.

Malsch & Vogel,

Buchdruckerei u. Verlagshandlung.

GOLDHAMMER-PILLEN

Bism. salicyl. u. Carbo mit reichlich Ol. menth. pip.;
Darmlöslich gelatiniert. Seit Jahren mit bestem
Erfolg erprobtes Spezialpräparat bei

Chron. Darmkatarrhen-Darmgärungen

Sch. à 60 Pillen-2 Mk. in den Apotheken. Ärztemuster gratis.
Laboratorium F. Augsberger, Strassburg 1/2.

208|24.18

Sanatorium Nordrach

im bad. Schwarzwald, 350 m hoch,

242|11.6

für Lungenkranke (Private).

Herrliche Lage direkt am Wald, schöne und bequeme
Waldspaziergänge.

Eröffnet am **1. März 1915.**

Besitzer: L. Spitzmüller

Leitender Arzt: Dr. K. Weltz

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 19728.

Cavete collegae!

Drahtadresse: Ärzteverband Leipzig.

**Aachen, alle Krank.-
Kassen d. Reg.-Bezirks**

Angermünde, Kr.
Berlin-Lankwitz.
Bommern (Westf.)
Bremen.
Breslau, B. K. K. f.
Hochwasserschutz.
Burgbrohl, Rhld.
Cöpenick u. Umg.
Corbetha.
Dattenfeld, Rhld.
Diedenhofen, Loth.
Dietz a. L.
Dietzenbach, Hess.
Düsseldorf.
Ehrenbreitstein.
Eime, Hann.
Elbing.
Engers.
Eschede, Hann.
Frankfurt a. M.
Fränkenberg
(Westf.).

Gellenkirchen,
Kr. Aachen.
Giessmannsdorf
(Schlesien)
Godenau, Hann.
Gräfenhal, Thür.
Grasleben b. Wefer-
lingen.
Grossbeeren, Bez.
Grosspostwitz-
Hainitz (Sa.)
Gröba-Riesa.
Gröditz b. Riesa.
Guxhagen, Bezirk
Cassel.
Halle S.
Hanau, San.-Verein.
Heckelberg, Kreis
Oberbarnim.
Heilburg A.-G. zu
Hildesheim.
Herne i. W.
Hochspeyer, Pfalz.
Holzappel i. T. und
Umgebung.

Illingen, Rhld.
Kaiserslautern.
Kattowitz, Schl.
Kaufmännische
Kr.-K. für Rheinld.
u. Westf.
Klingenthal, Sa.
Köln a. Rh.
Köln-Kalk.
Königsberg (Pr.)
Kraupischken,
O.-Pr.
Kreuznach, Bad.
Kupferhammer
b. Eberswalde.
Lehe.
Leinefelde, Pr. S.
Ludwigshafen Rh.
Mainz-Mombach.
Mohringen, Bez.
Mömlingen, U.-Fr.
Niederneukirch.
Nowawes.
Oberammergau.
Oberbarnim, Kreis.
Oberneukirch.

Oderberg i. d. Mark.
Ostritz (Sa.)
Ottweiler, Rhld.
Preuss. Holland
Bezirk.
Quint b. Trier.
Rabenau.
Reichenbach,
Schlesien.
Riesa a. Elbe-Gröba.
Ringenhain.
Rothenfelde bei
Fallersleben.
Ruhla, Thür.
Sayn.
Schirgiswalde,
Regsbzk. Bautzen.
Schönebeck a. E.
Schorndorf,
Württemberg.
Schreiberhan,
Riesengebirge.
Schweidnitz, Schl.
Bahnarztst.

Stade.
St. Andreasberg,
Harz.
Stahnsdorf, s.
Teltow.
Steinigtwolms-
dorf.
Teltow, Brdgbg.
Templin, Kreis.
Unterneubrunn
und Umg., Kreis Hild-
burghausen.
Walldorf, Hessen.
Warmbrunn-
Hernsdorf, Rie-
sengebirge.
Weissenfels a. S.
Weissensee b. Berlin
Witkowo (Posen).
Wolfswinkel.
Zelnden u. Umgebung.
Zeitz (Prov. Sa.)
Zillertal-Erd-
mannsdorf,
Riesengebirge.
Zobten a. B., Schl.

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-, Schrift- arzt- und Assistentenstellen sowie Vertretungen. 2621

Den Herren Bezirksärzten zur gefälligen Kenntnisnahme!

Die im Schulverordnungsblatt Nr. 18 von 1915, Seite 157 vorgeschriebenen neuen Formulare zum

Zeugnis

über körperliche Beschaffenheit und Gesundheitszustand
für die Meldung zur Aufnahme in eine Lehrerbildungsanstalt

(§ 3 Absatz 2 Ziffer 3 der Schulordnung der Lehrerbildungsanstalten vom 1. März 1904)

sind bei den Unterzeichneten zu haben.

Karlsruhe

Malsch & Vogel

Buchdruckerei und Verlagshandlung

Künstl.
Heliotherapie

Gewinnt täglich an Bedeutung auf überaus zahlreichen Anwendungs- gebieten und gilt heute als unentbehrlich für jeden Arzt, jedes Krankenhaus, Sanatorium, Kriegslazarett und für Tuberkulosebekämpfung. 273 Publikationen. 3000 Bestrahl-Apparate „Künstliche Höhensonne“ im Gebrauch. 3 grosse Preise. Literatur gratis. Quarzlampen-Gesellschaft m. b. H., Hanau.

Mit 4 Beilagen: 2 Prospekte der Firma Fabrikation von Dungs China-Calisaya-Elixir (Inhaber Albert C. Dungs) in Freiburg i. B. über ihre Fabrikate.
Prospekt der Diätet. Breslau über Primar-Brot etc.
Prospekt der Firma C. F. Boehringer & Söhne in Mannheim-Waldhof über Jodferratosse.