

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden. 1857-1933 1918

16 (31.8.1918)

Ärztliche Mitteilungen

aus und für Baden.

Erscheinen 2 mal monatlich.

Anzeigen:
10 Pfg. die einspaltige Petitzelle
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:
5 Mk. 75 Pfg.
exkl. Postgebühren.

Für Mitglieder der badischen
ärztlichen Landesvereine,
welche von Vereinswegen
für sämtliche Mitglieder
abonnieren
— 4 Mk. —
inkl. freier Zustellung.

LXXII. Jahrgang.

Karlsruhe

31. August 1918.

Auszeichnung badischer Ärzte im Felde.

Es erhielt:

das eiserne Kreuz erster Klasse:
Feldhilfsarzt Albert Weill von Karlsruhe.

Zwei Kriegsgebührenordnungen.

1. In Bayern

ist eine Königliche Verordnung vom 27. Juli über Gebühren für ärztliche Dienstleistungen in der Privatpraxis erlassen worden, die lautet:

Wir finden Uns bewegt, im Hinblick auf die durch den Krieg veranlassten aussergewöhnlichen Verhältnisse die Anlage zu § 1 der Königlichen Verordnung vom 17. Oktober 1901 über ärztliche Gebühren, G. V. Bl. Seite 629, abzuändern wie folgt:

Die Ziffern 1 und 2 des Abschnittes A Gebühren für Besuche und Beratungen (Zeugnisse, Berichte, Gutachten, Briefe) erhalten folgende Fassung:

1. Besuch in der Wohnung des Kranken:

- a. für den ersten Besuch bei Tag 3—10 M. (2—10 M.)*
- b. für jeden folgenden Besuch bei Tag im Verlaufe derselben Krankheit 2—6 M. (1—6 M.)
- c. für Besuche bei Tag, welche auf Verlangen des Kranken oder seiner Angehörigen sofort oder zu einer bestimmten Stunde gemacht werden, und zwar
für den ersten 5—20 M. (4—20 M.)
für jeden folgenden 3—12 M. (2—12 M.)

*) Die Zahlen in Klammern geben die bisher geltenden Sätze an.

- d. für jeden Besuch bei Nacht (von 9 Uhr abends bis 7 Uhr morgens) 6—20 M. (4—20 M.)
- 2. Beratung eines Kranken in der Wohnung des Arztes, sowie auch telephonische Beratung:
 - a. für die erste Beratung bei Tag 2—6 M. (1—6 M.)
 - b. für jede folgende Beratung bei Tag im Verlaufe derselben Krankheit 1.50—3 M. (1—3 M.)
 - c. für jede Beratung bei Nacht 4—20 M. (2—20 M.)

Die Mindestsätze aller übrigen Gebühren der Gebührenordnung werden um die Hälfte erhöht.

Diese Verordnung tritt mit dem Ablauf von zwei Jahren nach Beendigung des gegenwärtigen Kriegszustandes ausser Kraft. Der Zeitpunkt, zu welchem der Kriegszustand als beendet anzusehen ist, wird durch Königliche Verordnung bestimmt.

2. Änderung der Preussischen Gebührenordnung während Kriegszeit.

Im »Reichsanzeiger« vom 12. August Nr. 189 wird folgende Bekanntmachung, betreffend die für Kriegszeit bestimmte Abänderung der Gebührenordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte vom 15. Mai 1896 veröffentlicht:

Auf Grund des § 80 der Gewerbeordnung für das Deutsche Reich (Reichs-Gesetzblatt 1900 Seite 871 ff.) bestimme ich hierdurch:

I.

Die Gebührenordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte vom 15. Mai 1896 (in der Fassung vom 13. Mai 1906 und vom 23. Mai 1914) wird abgeändert wie folgt:

Die nachstehenden Ziffern des Abschnittes »II. Gebühren für approbierte Ärzte«, erhalten folgenden Wortlaut:

A. Allgemeine Verrichtungen.

1. Der erste Besuch des Arztes bei dem Kranken 3.— bis 20.— M.
2. jeder folgende Besuch im Verlaufe derselben Krankheit . . 1.50 bis 10.— M.
3. die erste Beratung eines Kranken in der Wohnung des Arztes . 1.50 bis 10.— M.
4. jede folgende Beratung in derselben Krankheit 1.— bis 5.— M.
5. Die Gebühr für den Besuch bzw. die Beratung schliesst die Untersuchung des Kranken und die Verordnung mit ein.
Findet jedoch eine besonders eingehende Untersuchung unter Anwendung des Augen-, Kehlkopf-, Ohren-, Scheidenspiegels oder des Mikroskops statt, so können hierfür 3.— bis 7.50 besonders berechnet werden.
- 5 a. Beratung eines Kranken durch den Fernsprecher:
bei Tage 1.50 bis 5.— M.
bei Nacht 3.— bis 10.— M.
Findet die Beratung von einer öffentlichen Fernsprechstelle aus statt, so steht dem Arzt neben der Gebühr für die Beratung eine Entschädigung für Zeitversäumnis zu, und zwar für jede angefangene halbe Stunde in Höhe von 2.— bis 4.50 M.
7. Muss der Arzt nach der Beschaffenheit des Falles oder auf Verlangen des Kranken oder seiner Angehörigen länger als eine halbe Stunde verweilen, so stehen ihm für jede weitere angefangene halbe Stunde 2 bis 4 M. zu. Diese Gebühr fällt fort, wenn bei dem Besuch eine Entschädigung für die durch denselben veranlasste Zeitversäumnis berechnet wird.
17. In den Fällen zu Nr. 10, 11, 12, 13, 14, 15 dagegen kann auch innerhalb des Wohnortes des Arztes, wenn die Wohnung des Kranken nicht unter zwei Kilometer von der des Arztes entfernt ist, neben der Gebühr für den Besuch eine Entschädigung für Fuhrkosten sowie für Zeitversäumnis, und zwar für jede angefangene halbe Stunde in Höhe von 2.— bis 4.— M. berechnet werden.
20. Ausserdem hat der Arzt in den Fällen der Nr. 18 Anspruch auf Entschädigung für die durch die Zurücklegung des Weges bedingte Zeitversäumnis, und zwar bei Tage 2.— bis 4.50 M. und bei Nacht 4.— bis 9.— M. für jede angefangene halbe Stunde der für die Fahrt erforderlichen Zeit.
- 24 a. Eine kurze Bescheinigung über Gesundheit oder Krankheit eines Menschen 2.50 bis 6.— M.
b. ein ausführlicher Krankheitsbericht 4.— bis 15.— M.
c. ein begründetes Gutachten . . 12.— bis 50.— M.
25. Ein im Interesse der Heilung des Kranken zu schreibender Brief 3—10 M.
37. Einspritzungen von Heilmitteln (ausser dem Betrage für diese):
a. Einspritzungen unter die Haut . . 2—10 M.
b. Einspritzungen in die Harnröhre oder den Mastdarm 3—15 M.

- c. Serumeinspritzungen 3—20 M.
- d. Einspritzungen in die Muskeln . . 5—10 M.
- e. Einspritzungen unmittelbar in eine Blutader 10—40 M.

B. Besondere Verrichtungen.

Wundärztliche Verrichtungen.

44. Eröffnung eines oberflächlichen Abzesses oder Erweiterung einer Wunde 3.— bis 10 M.
47. der erste einfache Verband einer kleinen Wunde 1.50 bis 10 M.
48. Naht und erster Verband einer kleinen Wunde 3.— bis 10 M.

II.

Diese Abänderungen treten am 1. September 1918 in Kraft und gelten bis zum Ablauf eines Jahres nach dem Zeitpunkt, zu welchem der Kriegszustand durch Kaiserliche Verordnung (§ 5 Abs. 4 des Gesetzes über Kriegszuschläge zu den Gebühren der Rechtsanwälte und Gerichtsvollzieher vom 1. April 1918, Reichs-Gesetzblatt 1918 S 173) als beendet anzusehen sein wird.

Berlin, den 7. August 1918.

Der Minister des Innern.

I. A : Kirchner.

Die »Berl. Äztl. Korresp.« bemerkt zu diesen neuesten Beweise des Wohlwollens gegen den Ärztstand von Seiten der preussischen Regierung mit Recht:

»Es hat lange genug gedauert, ehe man sich in Preussen dazu entschlossen hat, mit Rücksicht auf die Teuerungsverhältnisse, wenigstens für die Kriegszeit, die Sätze der Gebührenordnung für die zumeist ausgeübte Tätigkeit der Ärzte (Besuch und Beratung) abzuändern. Aber was lange gedauert hat, ist darum noch nicht gut geworden. Will man die Änderungen, die am 1. September für die Kriegszeit in Kraft treten sollen, mit wenigen Worten charakterisieren, so kann man sagen: es wäre besser gewesen, statt solcher Änderungen alles beim Alten zu lassen. Dass man unter den heutigen Verhältnissen Akademikern, die ein teures Studium hinter sich haben, zumutet, für 1.50 M. einen Kranken zu besuchen und ihm für die Beratung in seiner Wohnung den Betrag von sage und schreibe 1 M. zubilligt — im Landespolizeibezirk Berlin erhält die Hebamme nach der Gebührenordnung vom 30. April 1917 für eine Raterteilung in ihrer Wohnung bei Tage 1—2 M. — lässt keine allzu hohe Wertschätzung seiner Tätigkeit erkennen; mit der in diesem Kriege allseitig und wiederholt ausgesprochenen Anerkennung der ärztlichen Berufsausübung lässt sich das jedenfalls nicht vereinbaren.

Das geringe Wohlwollen, das sich gegenüber dem Ärztstande in dieser neuesten Schöpfung deutlich offenbart, kommt noch drastischer zum Ausdruck in den Höchstsätzen für Besuche und Beratungen. Dass aus Rücksicht auf die minderbemittelte Bevölkerung die Mindestsätze der Gebührenordnung niedrig gehalten werden, kann man allenfalls noch verstehn; da diese Gebührenordnung ja für die ganze Preussische Monarchie

gilt, mussten ja auch die dürftigen Verhältnisse der ganz kleinen Leute berücksichtigt werden. Weshalb aber dem Vorschlage des Ärztekammerausschusses, auch die Höchstsätze für Besuche und Beratungen in mässigen Grenzen heraufzusetzen, keine Folge gegeben wurde, ist geradezu unverständlich. Hat man etwa befürchtet, die Ärzte könnten die reichen Leute, insbesondere die Kriegsgewinnler, übervorteilen?

Diesen Mängeln gegenüber fallen die geringfügigen Verbesserungen einiger Gebührensätze wegen der relativ geringen Bedeutung für die Praxis kaum ins Gewicht.

Die besprochenen Abänderungen sind für die Grossstadt von geringer oder gar keiner Bedeutung. Da die Gebührenordnung nur mangels Vereinbarung gilt, wird es für Gross-Berlin notwendig sein, durch eine Art Vereinbarung die Gebührenordnung auszuschalten.

Das »Ärztl. Vereinsblatt« weist darauf hin, dass in den meisten Fällen die vom Ministerium bewilligten Erhöhungen hinter den von der Kommission des Ärztekammerausschusses beantragten zurückgeblieben sind und fährt fort:

»Insbesondere blieben die beantragten Erhöhungen der Höchstsätze für Besuche und Konsultationen ganz unberücksichtigt, und das allerbedauerlichste bei dieser Neuordnung, was auch den Wert des Ganzen in unseren Augen sehr erheblich einschränkt, ist die Tatsache, dass sich der Herr Minister nicht entschliessen konnte, selbst unter den gegenwärtigen Teuerungs- und Geldwertverhältnissen, auf die doch die ganze Abänderung ausdrücklich zugeschnitten sein soll, mit dem gänzlich veralteten, unhaltbaren, ja, wir stehen nicht an zu sagen, unwürdigen Satz von 1 M. für eine abgeschlossene ärztliche Leistung, bei der Untersuchung und Verordnung ausdrücklich einbegriffen sind, endlich aufzuräumen. Es ist sehr bezeichnend, dass gerade dieser Satz der Gebührenordnung, der die weitaus häufigste, sozusagen die Einheitsleistung des Arztes bewerten soll, vollkommen unverändert geblieben ist, obwohl die von der Kommission gewünschte Erhöhung auf 1.50 M. doch gewiss recht bescheiden zu nennen ist. Das Gleiche in beiden Richtungen gilt von dem unhaltbaren Höchstsatz von 5 Mark.«

Während also die seit Jahren erhobenen Forderungen der preussischen Ärztevertretungen nur in nebensächlichen Punkten berücksichtigt worden sind, ist in der Hauptsache die Frässdorf'sche Forderung, dass die Entlohnung der kassenärztlichen Tätigkeit so zu erfolgen habe, dass für eine Konsultation höchstens 1 M. und für den Besuch 1.50 M. herauskäme, restlos erfüllt worden. Das ist bezeichnend für den Geist, den die ganze Verordnung atmet und für den spiritus rector, der hinter ihr steht. Die preussischen Ärzte aber werden jetzt zeigen müssen, ob sie gewillt sind, sich diese Behandlung widerstandslos gefallen zu lassen oder durch entschlossene Anwendung der ihnen zu Gebote stehenden Mittel die rechtliche Bedeutung der ganzen Gebührenordnung einfach auszuschalten.

Um so erfreulicher ist das Vorgehen der bayerischen Regierung. Da nach § 2 Abs. 2 der Gebührenordnung vom 17. Oktober 1901 die Mindestsätze derselben in

Anwendung kommen, wenn die Zahlung der Gebühr aus Kassen des Staates, der Gemeinden und Arbeiterkrankenkassen zu leisten ist, so sind mit der jetzigen Erhöhung die berechtigten Forderungen der Ärzte im allgemeinen erfüllt. Wenn der zweitgrösste Bundesstaat somit den Beweis liefert, dass die wirtschaftlichen Lebensfragen des ärztlichen Standes durchaus in Einklang gebracht werden können mit den finanziellen Interessen der Krankenkassen, so wird dadurch der nachteiligen Wirkung des Vorgehens der preussischen Regierung in wirkungsvoller Weise entgegengetreten. Ein Vergleich dieser beiden Gebührenordnungen beweist nicht nur, welche Zerfahrenheit auf diesem Gebiete herrscht, sondern auch den Unterschied zwischen einer Regierung, die statt schöner Worte in Parlamenten und auf Ärzte tagen auch durch die Tat dem ärztlichen Stande und seinem Wirken diejenige Anerkennung zuteil werden lässt, auf die er berechtigten Anspruch hat. Auch wir badischen Ärzte haben Veranlassung, der bayerischen Regierung dankbar zu sein, da die neue Regelung der Gebührenfrage in Bayern uns wichtige Anhaltspunkte gibt für die bevorstehende Änderung unserer kassenärztlichen Gebührenordnung.

Einiges zum Nachdenken.

Von Stabsarzt Dr. Krieger, Regimentsarzt 2. B. L.I.R.

Als ich neulich auf Urlaub zu Hause war, kam mir durch Zufall ein Artikel Lewandowskys in der »Münchener med. Wochenschr. 1917« mit dem Titel: »Was können wir zur Beurteilung der Kriegsneurosen aus den Erfahrungen des Feldzugs lernen?« oder so ähnlich, in die Hand; ein Artikel, der fachärztlich natürlich nicht ohne Widerspruch blieb.

Was mich aber an dem Aufsatz interessierte, das war etwas sehr Erfreuliches. Es war darin die Überwindung der früheren unseligen Einstellung des Arztes als »nur« Anwalt des individuellen Daseins mit einer Deutlichkeit und Klarheit ausgedrückt, dass man stark empfand: »Hier spricht eine neuartige seelische Verfassung des Arztes dem Patienten gegenüber, die im Krieg gewonnen wurde. Und selten wurde mir so deutlich, dass das, was man »Krankheit« nennt, auch vom wechselnden Zeitgeist in hohem Masse abhängt.

So ist es sehr wohl möglich, dass der gleiche seelische Zustand, den manche Zeiten als Charakter Schwäche und Ungezogenheit beurteilten und behandelten, andere als Krankheit auffassten, wenn z. B. im Zeitalter des Individualismus und Materialismus, teils unbewusst, auch die Urteile der Zeitgenossen durch den Zeitgeist beeinflusst oder gefälscht werden. Und es würde der Krieg eine Gesundung unserer Urteilsfähigkeit bedeuten, wenn Lewandowsky keine vereinzelte Erscheinung geblieben ist.

Denn Kranksein heisst, psychisch gesprochen, Gedanken von Furcht und Schwäche haben, also das Gegenteil eines Helden sein. Dass der gleiche Mensch einmal ein Held, einmal ein Feigling sein kann, ändert daran gar nichts. Wie weit einer psychisch widerstandsfähig ist, weiss er oft selbst nicht. Aber praktisch ist

es von Bedeutung, ob man einen auch dann noch als Helden behandelt, wenn er es längst nicht mehr ist. Es ist eine schlechte Gewohnheit der Menschen, über den andern irgendwie »ab« zu urteilen, ihn schlecht zu »machen«. Ein Feigling ist ebenso zu bedauern wie ein Kranker. Nur in der Praxis, in welcher der Grundsatz gilt, man soll jeden im gegebenen Moment so behandeln, wie er es verträgt, ist es falsch, einen Feigling in der öffentlichen Meinung als Kranken zu behandeln und das Mitleid und die Sentimentalität der Menschen wach zu rufen, Hart werden einem Zustand gegenüber, in den jeder verfallen kann, ist die praktische Forderung. Hart sein, bedeutet deshalb noch lang nicht, brutal sein.

Aber es ist doch ein grosser Unterschied, »wie« man verfährt. Es müsste doch z. B. keine Rentenhysterie geben, sicher aber keine, die auch noch entschädigt wird, wenn einfach das »Urteil« der Zeitgenossen anders lautete. Es gibt eben psychische Zustände, die man praktisch besser als »infam«, denn als »krank« bezeichnet. Es ist falsch, den Menschen anders als erzieherisch zu behandeln. Und erzieherisch wirkt das Urteil »infam«, nicht aber das Urteil »krank«. Gar mancher bekommt unter dem Druck der öffentlichen Meinung dann Korrektivvorstellungen, die er als »Kranker« nie bekommt.

Ein gesundes, starkes, aufwärts strebendes Volk hat aber gar kein Interesse an den paar Schwächlingen, auch wenn der Einzelne, individuell genommen, vielleicht gar nichts dafür kann. Sache der Gemeinschaft ist es dann, solche Schwächlinge richtig zu behandeln; aber eine Prämie braucht der Staat für solche Existenzen nicht zu zahlen. Geld ist für andere Dinge wichtiger.

Auch noch manches andere bedarf der Revision. Wer in der Lage war, all die vielen Urteile a—v, g.v., k v. mit ihren Unterabteilungen abgeben zu müssen, empfindet es als besonders störend, dass damit »ärztliche« Urteile gefällt werden sollen, während es in Wirklichkeit Bedürfnisfragen der Truppen, der Heimat oder einzelner Betriebe sind. Man scheint darin schon Abhilfe zu schaffen. Aber die Köpfe unserer jungen Kollegen werden verwirrt, genau so, wenn man von ihnen ein Attest verlangt zur Begutachtung eines Erholungsurlaubs, das in Wirklichkeit nur eine fiskalische Formsache ist, welche jeder erfüllen kann, ohne Arzt zu sein.

Möge uns die grosse Weltkatastrophe allenthalben aus dem Wahn zur Wirklichkeit führen.

Referate praktisch wichtiger Arbeiten.

Medizinisches Korrespondenzblatt
des Württembergischen ärztlichen Landes-
vereins 1918.

Nr. 12 und 13. Neuere Anschauungen über das
Wesen der Arteriosklerose und ihre Be-
handlung. Von Prof. Schlayer.

Anatomisch handelt es sich bei der Arteriosklerose um
eine Aufsplitterung der Elastica, bei der die sonst schön

wellenförmig gekrümmte Elastica quasi in Stücke gebrochen ist, und ferner um eine Wucherung der Intima, in der das elastische Gewebe durch Bindegewebe ersetzt wird. Alles weitere, wie die Verkalkung, die Nekrosen mit Cholestearinablagerung usw., ist sekundärer Natur und wird vorzugsweise nur an den grossen Gefässen beobachtet. An den kleineren Arterien, die klinisch und pathologisch die weitaus wichtigeren sind, bleibt es allermeist bei der Elasticaaufsplitterung und der Intimawucherung. Gleichzeitig mit dieser fortschreitenden Erkenntnis des anatomischen Wesens der Arteriosklerose ist eine zweite Erkenntnis gegangen. Sie ist geradezu fundamental für uns Kliniker: Es hat sich gezeigt, dass die Arteriosklerose in diesen ihren ersten Anfängen schon in frühe und früheste Lebensalter zurückreicht, und zwar nicht nur bei einzelnen Individuen, sondern geradezu gesetzmässig.* Schlayer hat mit Fischer in ausgedehnten Studien mikroskopisch Arteriosklerose sehr häufig schon mit 20, ja 15 Jahren gefunden und bei 30jährigen nur selten vermisst. Das haben weitere Untersuchungen anderer Autoren in diesem Feldzug an Soldaten von neuem bestätigt. Es wird also sicher die Ursache für die verschieden starke Ausbildung der Arteriosklerose bei den einzelnen Individuen in der ererbten Widerstandsfähigkeit der Elastica zu suchen sein. Man muss aber noch nach anderweitigen Ursachen der Arteriosklerose suchen. Und da hat es sich nach neueren Untersuchungen gezeigt, dass man bei Tieren durch die verschiedensten chemischen Stoffe in der Fütterung eine Arteriosklerose hervorrufen kann, allerdings bis jetzt nur eine der Aorta. Aus der Vielfältigkeit der erzeugenden Stoffe würde sich aber nur ergeben, dass das Arterienrohr in seiner Struktur relativ recht empfindlich ist, wohl aber auch, dass gegenüber der bisherigen mechanistischen Anschauung über die Arteriosklerosenentstehung sicher die chemisch-toxische Genese im Vordergrund steht. Alles dies würde für den Kliniker nur die traurige Deutung zulassen, dass alle Menschen von einem gewissen Lebensalter an sklerotisch sind, dass also die Arteriosklerose ein unausweichlicher, fast physiologischer Prozess sei. Das würde natürlich zu vollkommenem therapeutischen Nihilismus führen. Da ist es nun aber für den Kliniker von vornherein auffallend: „Obwohl alle Menschen an Arteriosklerose erkranken, bekommt doch nur ein Teil klinische Erscheinungen, resp. Beschwerden davon, wenigstens wenn man unter klinischen Erscheinungen nicht die einfache Palpabilität und Schlängelung der Arterien versteht, sondern wirkliche Krankheitserscheinungen. Kommt dies vielleicht von der Ausdehnung und dem Sitz der Erkrankung? Sicher ja, teilweise.* Die periphere Sklerose, selbst höchgradiger Art, macht im allgemeinen keine Krankheitserscheinungen. Es gibt aber drei Organe, bei denen die Arteriosklerose erst gefährlich wird: Herz, Niere und Hirn. Andererseits finden wir aber auch bei diesen drei Organen recht oft anatomisch recht ausgedehnte Arteriosklerose und klinisch während des Lebens keine, ganz ähnlich wie wir an Kranken mit Koronar- oder Zerebralsklerose oft jahrelange beschwerdefreie und funktionstüchtige Zwischenzeiten haben. Daraus folgt, dass das Anatomische allein für das Auftreten von Krankheitserscheinungen nicht massgebend ist, dass vielmehr dazu ein zweites Moment hinzutreten muss. Und gerade dieses zweite Moment wird für die Behandlung und Prognose wichtig sein, denn sein Eingreifen ist es, das so häufig den Tod herbeiführt.* Mit anderen Worten: wir werden zwischen aktiver und in-

aktiver Arteriosklerose unterscheiden und das Etwas suchen müssen, das die Arteriosklerose aktiv macht. Bei diesem Suchen steht eine fundamentale Tatsache im Vordergrund: Bei unseren Kranken sehen wir die krankhaften Erscheinungen in der Ruhe vollkommen fehlen und erst bei einer funktionellen Leistung auftreten. So fehlt bei den Kranken mit intermittierendem Hinken das Hinken im Anfang des Gehens, tritt aber unter heftigen Schmerzen schon nach kurzem Gehen ein. So tritt bei der Arteriosklerose der Darmarterien der krampfartige Kolikschmerz und Meteorismus erst auf der Höhe der Verdauung ein. So mehren sich die Beschwerden der Angina pectoris nach Anstrengungen; so versagt die arteriosklerotische Niere bei der Kochsalzausscheidung erst bei grösserer Belastung mit Kochsalz. Die funktionelle Leistung und zwar eine adäquate Leistung des betreffenden Organs ist es also, die zum aktiven Hervortreten der Arteriosklerose führt, und da bei einer solchen Leistung bekanntlich eine Erweiterung der zuführenden Gefässbahn eintritt, werden die arteriosklerotischen Gefässe sich offenbar bei einer solchen Leistung nicht erweitern können oder nach einem Versuche dazu sich sogar verengen. Über die Verengung an sich kann die krankhaften Spasmen, Schmerzen und Funktionsstörungen nicht erklären, denn wir finden bei unseren Arteriosklerotikern, dass die krankhaften Erscheinungen gerade verringert werden, wenn die Verengung der Arterien hochgradig zunimmt. Da hilft nun in der Erklärung eine weitere Erscheinung, die man an den Gefässen noch unter physiologischen Verhältnissen beobachten kann. Bei der Muskelarbeit erweitert sich, wie bei jeder physiologischen Leistung, das Gefässnetz. Wird aber die Muskelarbeit bis zur Ermüdung gesteigert, so tritt an Stelle der Erweiterung eine Verengung der Gefässe ein, die auch nach stundenlangem Ausruhen bestehen kann. „Die Ermüdung kann also eine Umkehr der Gefässreaktion bewirken. Sehr bemerkenswert ist es nun weiter, dass bei Neuropathen eine gleiche Umkehr der Gefässreaktion eintritt, entweder schon von vornherein oder nach sehr geringer Leistung. Neuropathen leiden also an einer gesteigerten Ermüdbarkeit, die uns ja klinisch bei ihnen auch sonst bekannt ist. Wir hätten demnach auch bei aktiver Arteriosklerose zur Erklärung der Erscheinung nur eine abnorme Ermüdbarkeit, abnorm rasch, abnorm stark und abnorm lange haltend, herbeizuziehen und hätten damit ausserdem noch die Erklärung, dass Neuropathen so oft an aktiver Arteriosklerose erkranken. Wohlgemerkt ist aber diese Ermüdungsgefässreaktion nur für das Aktivwerden der Arteriosklerose, nicht für die arteriosklerotischen Gefässe im allgemeinen zu erwarten, denn nach den Untersuchungen von Otfried Müller bleibt für die Trägheit der arteriosklerotischen Gefässwangen die Gefässreaktion gewöhnlich überhaupt aus. Woher kommt nun die Umkehrung der Gefässreaktion bei der Ermüdung? Ein zerebraler Ursprung könnte vielleicht für die zerebralsklerose, für das intermittierende Hinken und die Angina pectoris zutreffen, nicht aber für die Sklerose der Darmarterien und für die Nierensklerose. Hier kämen ausser den spinalen vasomotorischen Zentren vor allem die sympathischen Geflechte in Betracht, und da ist es sehr bemerkenswert, dass auf diese sympathischen Elemente gerade das Nikotin in kleinen Dosen reizend, in grossen lähmend wirkt, dessen Einfluss auf die Angina pectoris und auf das intermittierende Hinken bei Tabakmissbrauch ausser Frage steht. Ebenso sind aber auch andere Reize für er-

regbare sympathische Ganglien bekannt, die klinisch in Erscheinung treten, z. B. eine stärkere Füllung des Abdomens auf die Anfälle der Angina pectoris. Wie nun diese erhöhte Reizbarkeit der sympathischen Ganglien bei der aktiven Arteriosklerose zustande kommt, ist eine sehr schwierige und noch offene Frage, bei der nur die Möglichkeit nicht auszuschliessen ist, dass die erhöhte Reizbarkeit direkt von der Veränderung der Gefässwand resp. von den dort liegenden vasomotorischen Zentren dritter Ordnung aus ausgelöst wird. Aus dieser Theorie ergeben sich schon eine ganze Reihe fruchtbringender Folgerungen für die Behandlung der aktiven Arteriosklerose, jedenfalls viel fruchtbringendere als aus der lähmenden Vorstellung, dass es sich um einen irreparablen anatomischen Prozess handelt. Zunächst die inaktive Arteriosklerose, die sich also klinisch nur durch den abgerundeten langsamen vollen Puls, die Dickwandigkeit und die Schlingelung der Arterien kennzeichnet. Hier ist die Vermeidung einer übermässigen Übermüdung des Gefässsystems das Wichtigste. Solche Menschen, besonders diejenigen aus arteriosklerotischen Familien, bedürfen schon relativ frühzeitig einer gewissen Arbeitsdiätik: häufigere kleine Pausen, Vermeidung übermässiger körperlicher oder geistiger Austrennung, zumal solcher von anspannender gleichgerichteter Arbeit. Solche Menschen brauchen einen freien Sonnabendnachmittag und einen freien Sonntag, dreibis viermal im Jahre eine kürzere Ausspannung statt einer einmaligen längeren, eine Vermeidung jedes neurasthenischen Zusammenbruches, alles dies besonders in dem für die Entwicklung der Arteriosklerose gefährlichsten Alter von 30 bis 45 Jahren und besonders auch nach frisch überstandenen Infektionen. Namentlich den Ärzten selbst, d. h. für ihre eigene Person, ist dies besonders ans Herz zu legen. „Durch rechtzeitige, kurzdauernde Schonung liesse sich manche Zerebralsklerose, manche Koronar- und manche Nierensklerose in ihrer Wirkung um Jahre, ja vielleicht Jahrzehnte hinauschieben.“ Was nun den Übergang der inaktiven zur aktiven Arteriosklerose anlangt, so ist schon lange einer hetzenden, unter starker seelischer Anspannung erfolgenden Arbeit ein grosser ursächlicher Einfluss zugeschrieben worden, und wohl mit Recht, aber zu einer Wirkungsfähigkeit gehört noch eine gewisse psychische Disposition dazu: lebhaftes Temperament, vor allem ein starker gegen sich selbst rücksichtsloser Wille bei labiler psychischer Stimmungslage und bei einem neurasthenisch-vasomotorischen Einschlag“. Eine ängstlich geübte körperliche und geistige Schontherapie ist selten zweckmässig, viel wichtiger ist eine abwechslungsreiche Tätigkeit körperlicher wie geistiger Art. Bekanntlich kann nach den Arbeiten Webers die Ermüdungsreaktion der Gefässe nach Muskelarbeit überraschenderweise aufgehoben werden, wenn man ein anderes, nicht ermüdetes Körpergebiet arbeiten lässt. Es wird sich also ein Einschleichen körperlicher Leistungen zwischen geistige Arbeiten empfehlen, also Turnen, Sport und vor allem strammen Fussmarsch in Form von vernünftiger Fusswanderung. Man darf diese Grundsätze auch bei einer inaktiven Arteriosklerose befolgen, die von einer Blutdrucksteigerung begleitet ist, es sei denn, dass diese Drucksteigerung exzessiv, über 200 mm Hg wäre. Schon wegen der Erhaltung der Herzkraft sind hier diese Massnahmen angezeigt. In der übrigen Lebensweise wird eine lakto-vegetabile Diät wohl nicht mit Unrecht empfohlen. Wichtiger ist wahrscheinlich die quantitative Einschränkung der einzelnen Mahlzeiten. Viel- und Schnell-

esser neigen leicht zur Entwicklung starker aktiver Arteriosklerose, wobei freilich viele von ihnen auch zugleich stark beschäftigte nervöse Menschen sind. Alkohol in mässigen Mengen, ebenso Kaffee, Tee ist bei der inaktiven Arteriosklerose nicht übermässig zu fürchten, aber eine sehr starke Einschränkung des Tabaks scheint unbedingt erforderlich. Von Jodkali hat Schlayer keinen zweifellos prophylaktischen Nutzen gesehen. Wesentlich anders ist die Behandlung der aktiven Arteriosklerose bzw. die Grundsätze, nach denen man eine aktive Arteriosklerose in die ungefährliche inaktive überführen soll. Der Hauptgrundsatz muss jetzt sein: eine ganz erhebliche Herabsetzung der Funktionsanforderungen. Also bei Angina pectoris gleich zu Anfang wochenlange Bettruhe, bei Zerebralsklerose nur leichte körperliche Beschäftigung, bei Nierenarteriosklerose Reduktion der Flüssigkeitszufuhr und Vermeiden starken Salzens. Die für den Einzelfall zulässige Funktion ist natürlich recht schwierig zu finden und kostet grosse Energie von seiten des Arztes. Für die aktiv arteriosklerotischen Gefässe gibt es nun eine ganze Reihe von Mitteln, die diese Gefässe zur Erweiterung bringen können, ohne dass ein Krampf eintritt. Hier wären in erster Linie die Nitrite zu nennen, die freilich dadurch zweischneidig sind, dass sie die Erweiterung herbeiführen, indem sie die Gefässwand lähmen. Schon besser sind die Mittel, die nur einfach erweitern, nicht lähmen, wie das Coffein, Theobromin, Theophylin, Theacylon, Theozin. Sie wirken, was besonders wichtig ist, besonders intensiv an den Arterien von Herz, Niere und Hirn. Man muss sie aber für die richtige Wirkung vor dem Einsetzen des Arterienkrampfes geben, also 1-2 Stunden vor dem zu vermutenden Krankheitsanfall, dann ist für 4-6 Stunden durch sie eine Gefässerweiterung und eine bessere Durchblutung zu erzielen. Der zweite wichtige Punkt ist, die Mittel länger dauernd zu geben, um die Reizbarkeit herabzusetzen. Bei längerer Dar-

reichung ist nicht etwa eine Abstumpfung der Wirkung, sondern im Gegenteil eine bessere Wirkung zu sehen, und erst nach monatelangem Gebrauche muss man in den Präparaten wechseln, um einer Gewöhnung vorzubeugen.

Ausser der Funktionsherabsetzung und Verbesserung der Durchblutung muss noch eine allgemeine Herabsetzung der Reizbarkeit des Gefässnervensystems angestrebt werden. Dazu dienen die Nervina und unter Umständen auch die Narcotica. Adalin und Valerianapräparate sind wertvoll, auch ganz kleine Dosen von Narcoticis, insbesondere von dem Dionin, mehrfach im Laufe des Tages gegeben. Weiterhin käme die Beschäftigung anderer Gefässgebiete in Frage, also eine vorsichtig abgestufte Gymnastik oder eine Umstimmung der aktiv arteriosklerotischen Gebiete durch bestimmte Formen von Kälte- und Wärmereiz, also Hydrotherapie. Ganz besonders wichtig ist die Fernhaltung von interkurrierenden Infektionskrankheiten, selbst geringfügiger Art. Ist einmal bei der aktiven Arteriosklerose der Gefässspasmus erst eingetreten, so sind wir relativ hilflos. Am ehesten scheint noch das Nitroglyzerin eine gewisse Wirkung auszuüben, aber auch nur im ersten Beginn des Anfalls. Auf der Höhe des Anfalls nützen eigentlich nur kräftige Dosen von Narcoticis, also Morphin, Heroin, Dionin, welches letztere, auch in subkutaner Anwendung, namentlich von Romberg bevorzugt. Schliesslich gibt es für die einzelnen Gefässgebiete noch besondere therapeutische Massnahmen. So wirken bei der Zerebralsklerose nützlich sehr ausgiebige Stuhlentleerungen, bei der Sklerose der Darmarterien eine besondere Zusammensetzung der Diät, bei der Angina pectoris Zuckerzufuhr, auch Natron bicarbonicum in häufigen kleinen Dosen. Mit diesem ganzen therapeutischen Programm ist bei frühzeitiger Anwendung bei der aktiven Arteriosklerose mncher schöne Erfolg für Jahre hinaus zu erzielen.

(Thür. Korresp.-Bl)

Die Nachgeburtsperiode

ist als Domäne des

SECACORNIN

anerkannt... Rascheste Hilfe bei Atonia uteri durch intramuskuläre Injektionen (Gesässmuskulatur) von 1-2 ccm.

ORIGINALPACKUNGEN:

Ampullen - Lösung - Tabletten.

CHEMISCHE WERKE GRENZACH A.G.

GRENZACH (BADEN)

Drahtanschrift: „CEWEGA“ GRENZACH.

409

Das synthetische Sulfooleat

THIGENOL

ersetzt die bituminösen Schieferöle, denen es durch saubere Anwendung Geruch- und Reizlosigkeit überlegen ist.

CHEMISCHE WERKE GRENZACH A.G.

GRENZACH (BADEN)

Drahtanschrift: „CEWEGA“ GRENZACH.

Die im Schulverordnungsblatt Nr. 18 von 1915, Seite 157, vorgeschriebenen 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)

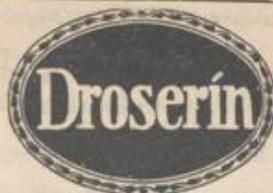
sind bei den Unterzeichneten zu haben.

Karlsruhe

Malsch & Vogel
Buchdruckerei und Verlagshandlung

Influenza — Hustenreiz

Keuchhusten
Reizhusten
Erkältungshusten

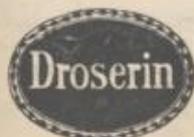


Katarrhe
Bronchitis
Influenza

Drosera-Milchzucker-Präparat mit expektorierenden Zusätzen in Tabletten und Sirup.

Droserin hat sich nach Feststellungen erster Autoritäten in jahrelangen klinischen Erfahrungen als eines der erfolgreichsten Keuchhustennittel und bei Reizhusten infektiöser Provenienz besonders bewährt. Der wohlgeschmeckte Droserinsirup ist durch gleichzeitigen Calciumvalerianatgehalt in der antispasmodischen Wirkung verstärkt (viel vorordnet statt Rami-Sirup). — Dosierung: Stärke I 1–2 stündlich 1 Tablette in Wasser oder Milch. Droserin-Tabletten Stärke II 2–3 stündlich 1 Tablette in Wasser oder Milch. Kindern unter zwei Jahren verabfolgt man Stärke I, oder Droserin-Sirup 2 stündlich 1 Kinder- bis 1 Esslöffel voll, Kindern über zwei Jahren oder Erwachsenen Stärke II oder Sirup. — Preis: Droserin-Tabletten I, Originalpackung M. 2,75; Droserin-Tabletten II, Originalpackung M. 3,50; Droserin-Sirup, Originalpackung M. 3,75. Literatur u. Proben stehen den Herren Ärzten bereitwilligst zur Verfügung.

Dr. R. & Dr. O. Weil, chem.-pharm. Fabrik, Frankfurt a. Main.



Liniment.
Liniment Droserin
oleos. Dr. Weil

Enthält die wirksamen Prinzipien des Droserins in öliger, feinstverteilter Form. Klinisch bewährt zum Einreiben von Brust und Rücken bei Keuchhusten, Erkältungshusten und Katarrhen der oberen Luftwege.

Die Einreibung dient zur Unterstützung in der Darreichung des Droserins.
Droserin-Liniment 1 Fläschchen M. 1,50.



Darmkatarrh, Akute und chron. Durchfälle der Säuglinge und Erwachsenen.

Fanninsilbereiweiss, Tabletten u. Pulver.
Das völlig reizlose, unschädliche, die Diätbehandlung wirksam unterstützende Darmmittel ist ein Antidiarrhoicum.

Tanargentan-Tabl. à 0,25 | 3 mal täglich
Tanargentan-Tabl. à 0,5 | 2–4 Tabl.

Tanargentan-Pulver à 0,25–0,5 (Kinder)
Tanargentan-Pulver à 0,5–1,0 (Erwachs.)
3 mal täglich 1–2 Pulver.



nach Prof. von Noorden
Hochwirksames Hypnotikum, Sedativum, Analgetikum.

Spezieller Vorzug:
Ruhiger, erquickender Schlaf, Frische und Leistungsfähigkeit am nächsten Tage, da frei von den bekannten unerwünschten Nachwirkungen.

Somnacetin - Tabl. Originalpack. M. 3,50
Kassenpackung „ 1,40
Grosse Spitalsparpackung „ 15.—
Dosierung: 2–3 Tabletten möglichst in heisser Flüssigkeit.

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 in den Apotheken. Ärztemuster gratis.
Laboratorium F. Augsberger, Strassburg 1/2.

415/24.16

**MOSER'S COCA-PEPSIN PRÄPARATE:
DIGESTOMAL; ELIXIR u. TABLETTE**

SAUER UND ALKALISCH. 316/22.02
Kombination von Bitterstoffen mit Verdauungsfermenten —
klinisch erprobt und zuverlässig bei den verschiedensten Magen-
und Darmkrankheiten und hervorragend als
Digestivum, Stomachicum, Roborans.
Vorzüge: Eminente Verdauungskraft, rasch appetitanregende Wirkung,
u. damit zusammenhängend eine natürl. Besserung des Kräftezustandes.
Chem. Labor. J. Moser, Kirchzarten-Freiburg i. Br.

427/99



H. C. Ulrich
Ulm a. D.

Münsterplatz 15, Telefon 1390
**Werkstätten und Lager
für Chirurgie-Instrumente
und Kunstgliederbau etc.**

Einzellieferungen und komplette
Einrichtungen für Ärzte, Krankenhäuser,
Laboratorien u. s. w. in
ausgezeichnetester Güte.

Kostenfreie Anarbeitung von Plänen
und Vorschlägen. 400/13.10
Schleiferei und Reparaturen.



Centrifugen
3000–12000 Touren

**Dr. Reicher's Kuranstalt „Hohenlohe“
Bad Mergentheim (t. Württ.)**

für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten.
Für Verpflegung bestens gesorgt.

Den Herren Impfarzten empfehlen wir unser Lager aller zum
Impfgeschäfte nötigen Formulare.

Karlsruhe. **Malsch & Vogel,**
Buchdruckerei u. Verlagsbuchhandlung

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, collega!

Drahtadresse: Ärzteverband Leipzig.

Angermünde, Kr.	Gröba-Riesa	Klingenthal, Sa.	Quint b. Trier	Stahnsdorf, s. Telt.
Berlin-Lankwitz	Gröditz b. Riesa	Köln, Rh.	Reichenbach,	Templin, Kreis
Bremen	Grossbeeren, Bez.	Kraupischken,	Schlesien.	
Corbetha	Guben	O.-Pr.	Riesa a. Elbe-Gröba	
	Guxhagen, Bezirk	Kreuznach, Bad	Ringenhain	Walldorf, Hessen
	Cassel		Rothenfelde bei	Warmbrunn-
Diedenhofen, Loth.		Lichtenrade bei	Fallersleben	Hernsdorf, Rie-
Dietz a. L.	Halle S.	Berlin	Ruhla, Thür.	sengebirge
Dietzenbach, Hess.	Hannau, San.-Verein			Weissenfels a. S.
Düsseldorf	Heckelberg, Kreis	Mohrungen, Bez.		Weissenensee b. Berlin
	Oberbarnim			Witkowo, Posen
Elbing	Holzappel i. T. und	Niederneukirch	Schirgiswalde,	
Eschede, Hann.	Umgebung		Regsbzk. Bautzen	
		Oberbarnim, Kreis	Schönebeck a. E.	Zeltz, Prov. Sa.
Freiwaldau (Schles.)	Illingen, Rhld.	Oderberg i. d. Mark	Schorndorf,	Zillertal-Erd-
Freundenberg		Ostfritz, Sa.	Württemberg	mannsdorf,
		Ottweiler, Rhld.	Schreiberhau,	Riesengebirge
Gellenkirchen,	Kaiserslautern		Schweidnitz, Schl.	Zobten a. B., Schl.
Kr. Aachen	Kaufmännische	Preuss. Holland,	Bahnarztst.	
Giessmansdorf,	Kr.-K. für Rheinld.	Bezirk	Selb, Bayern	
Schles.	u. Westf.			

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.** 446]

Sanatorium Stammberg

Schriesheim a. d. Bergstrasse
für weibliche **Lungenkranke** des gebildeten
Mittelstandes. — 5 \mathcal{M} bis 7.20 \mathcal{M} pro Tag. —
Sommer- und Winterkur.
Prospekt durch die **Verwaltung**.
Auch während des Krieges geöffnet. 390|24.22

Institut für Asthmakranke,

Röntgen-Laboratorium, Pneumothoraxbehandlung
ganzjähriger Betrieb. 434/63
San.-Rat Dr. Br. Alexander, Bad Reichenhall.

Sanatorium Nordrach

im bad. Schwarzwald

für Lungenkranke (Private).

Herrliche Lage direkt am Wald, schöne und
bequeme Waldspaziergänge.

Eröffnet am 1. März 1915.

Leitender Arzt: Dr. K. Weltz.

416|24.16