

# **Badische Landesbibliothek Karlsruhe**

**Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe**

## **Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden. 1857-1933 1919**

1 (15.1.1919)

Nr. 1.

# Ärztliche Mitteilungen

## aus und für Baden.

Erscheinen 2 mal monatlich.

Anzeigen:

30 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.  
inkl. Postgebühren.

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

— 4 Mk. —  
inkl. freier Zustellung.

LXXIII. Jahrgang

Karlsruhe

15. Januar 1919

### Ärztliche Landeszentrale für Baden.

An die ärztlichen Vereine und Krankenkassenkommissionen!

Der Verband badischer Krankenkassen (Sitz Oberkirch), Vorsitzender Ziegelmaier, hat in einem Rundschreiben an die ihm angeschlossenen wenigen Krankenkassen diese aufgefordert, die in unserer Vereinbarung mit der Freien Vereinigung badischer Krankenkassen festgesetzten Honorarerhöhungen (Nr. 24 d. Bl. 1918) für die Jahre 1918 und 1919 nicht zu bewilligen. In völlig entstellender Weise wird dabei behauptet, dass nach dieser Vereinbarung die bisherigen Sätze im Jahre 1919 um 35 Prozent erhöht würden. Wir machen ausdrücklich darauf aufmerksam, dass nach den Beschlüssen der Hauptversammlung in Offenburg Verträge, die nicht eine Honorarerhöhung von mindestens 30 Prozent rückwirkend auf das Jahr 1918 vorsehen, ohne Genehmigung des Vorstandes der Ärztlichen Landeszentrale nicht abgeschlossen werden dürfen. Das gilt ganz besonders für solche Krankenkassen, die einem Verbands angehören, der die mit der Freien Vereinigung badischer Krankenkassen am 19. Dezember 1918 getroffene Vereinbarung nicht anerkennt.

Der Vorstand:

I. A.

Bongartz.

### Die politische Umwälzung und die Ärzte.

I.

Wie alle Berufsstände, so wird auch der ärztliche durch die grosse, mit unheimlicher Schnelligkeit eingetretene politische Umwälzung aufs tiefste berührt; ja in einem noch höheren Masse wie manchen anderen geistigen Berufsarten werden seiner wirtschaftlichen Existenz neue schwere Gefahren drohen, die für jene nicht in dem Masse vorhanden sind. Diese Gefahren liegen in den ausgedehnten sozialpolitischen Bestrebungen der neuen Zeit,

vor allem auf dem Gebiete des sozialen Versicherungswesens, und diese Gefahren sind für uns Ärzte umso grösser, als wir bei den neuen Machthabern im demokratischen Staate noch viel weniger Verständnis und Rücksicht hinsichtlich der Lebensbedingungen unseres Berufes auf ethischem wie auf wirtschaftlichem Gebiete zu erwarten haben als früher im autokratischen. Die Ausdehnung der Versicherungspflicht ohne Befragung der Ärzte und die Stellungnahme des Rates der Volksbeauftragten bei der Neuregelung der Kassenarztverträge reden eine Sprache, die am Übelwollen nichts zu wünschen übrig lässt. Die Frage wie diesen Gefahren zu begegnen ist, lässt sich nur dahin beantworten: durch regere Beteiligung an den politischen Angelegenheiten in Staat und Gemeinde und durch einen weiteren Ausbau unserer freiwilligen Standesorganisation. Wollen wir den letzten Rest unserer Berufsfreiheit, der uns noch geblieben ist, uns erhalten, wollen wir unsere wirtschaftliche und soziale Stellung vor dem Hinabgleiten von Stufe zu Stufe bewahren und schliesslich die völlige Proletarisierung unseres Standes verhindern, so müssen wir unsere bisherige Gleichgültigkeit den politischen Angelegenheiten gegenüber aufgeben, und tatkräftige, entschlossene Mitarbeit an der Neuordnung des politischen Lebens muss unsere Losung sein. Niemals war eine Zeit für diese Mitarbeit so günstig wie die heutige.

Die schweren Wunden, die der für unser Land so unheilvoll verlaufene Krieg dem gesamten Volksleben geschlagen, sind ohne die tätige Mithilfe des ärztlichen Standes gar nicht zu heilen, wobei wir nur an das schwierige Bevölkerungsproblem zu denken brauchen und die damit zusammenhängenden vielfachen Aufgaben der sozialen Fürsorge. Der Staat braucht uns hierzu notwendiger als irgend einen anderen Stand und wenn wir ihn hierbei nicht im Stiche lassen, sondern durch die Tat beweisen, dass wir die Interessen des gesamten Volkes in diesen seinen Lebensfragen mit voller Hingabe zu wahren entschlossen sind, dann wird und muss er auch unseren Standesinteressen ein grösseres Verständnis und Wohlwollen entgegenbringen als dies bisher der Fall war.

Wenn man sich nun fragt, wie der ärztliche Stand am besten politische Geltung sich verschaffen könnte, so kommt zunächst eine gute Interessenvertretung durch geeignete Vertreter mit hoher politischer Begabung in den Parlamenten in Betracht. Dass es an solchen Persönlichkeiten in unserem Stande fehlen würde, ist nicht zu befürchten, wohl aber, dass sie in der Lage sein werden, sich dem politischen Leben so ausschliesslich zu widmen, wie es ein politischer Führer tun muss, und nur solche können uns etwas nützen in den Parlamenten, nicht einfache Fachmänner. Es wird aber immer ein Zufall sein, dass einmal ein Arzt im Parlament eine führende Rolle spielen wird und bei den Wahlen zur badischen Nationalversammlung ist leider auch keiner von den auf die verschiedenen Parteilisten gesetzten Ärzten gewählt worden. Es ist aber auch nicht unbedingt nötig zur Erlangung politischen Einflusses, dass die Ärzte in den Parlamenten selbst immer an hervorragender Stelle vertreten sind, so wichtig es auch wäre. Umso nötiger aber ist es, dass die Ärzte sich an der politischen Kleinarbeit ganz intensiv beteiligen. Sie müssen suchen, überall in den örtlichen politischen Organisationen und den Gemeindevertretungen in angesehenen und leitenden Stellungen zu kommen, was viel leichter für sie ist und keine nennenswerten Opfer verlangt. Die Furcht, sich hierdurch in ihrem Erwerbseben zu schaden, ist für die Ärzte, den nötigen politischen Takt vorausgesetzt, jetzt, wo das politische Leben und die politische Polemik erfreulicherweise, wie die letzten Wahlen gezeigt haben, einen weit sachlicheren Charakter angenommen haben wie das früher der Fall war, kaum noch berechtigt. Ärzte, die in den örtlichen politischen Vereinen eine wichtige und angesehenen Stellung haben, werden auch auf die massgebenden Personen in den Parlamenten und der Regierung Einfluss gewinnen und somit für die Standesinteressen wirken können. Gerade den Ärzten wird es leicht sein, sich in diesen örtlichen Organisationen als sachkundige Berater in den für das politische Leben der Zukunft so wichtigen Fragen des sozialen Versicherungswesens und der Sozialhygiene unentbehrlich zu machen, besonders dann, wenn sie es verstehen, mit Takt und Geschick vorzugehen und nicht einseitig ärztliche Forderungen zu vertreten, sondern stets das Allgemeinwohl in den Vordergrund zu stellen. Aus dieser Teilnahme an der politischen Kleinarbeit werden sich dann die Folgen schon von selbst ergeben. Ärzte, die dabei Interesse und Befähigung für das politische Gesamtleben an den Tag legen und Führereigenschaften besitzen, werden dann auch in die Parlamente kommen können, wenn sie wollen. Eine Sache der ärztlichen Standesorganisationen müsste es dann sein, die etwa vorhandenen äusseren Hindernisse durch Sorge für Vertretung in der Praxis und wenn nötig finanzielle Unterstützung zu beseitigen. Aber auch ohne einen nennenswerten politischen Einfluss zur Zeit zu besitzen, gibt es doch einzelne Forderungen, die der ärztliche Stand jetzt schon erheben muss. Vor allem muss er jetzt bei der Neuordnung der Dinge bestrebt sein, die überaus wichtige Volksgesundheitspflege selbst in die Hand zu nehmen und sich von der juristischen Bevormundung auf diesem seinem eigenen Gebiete frei zu machen und zwar sowohl im Reiche wie in den ein-

zelnen Bundesstaaten. Für das ganze Reich hat der Ärztevereinsbund schon vor der Umwälzung ein eigenes Reichsgesundheitsamt unter ärztlicher Leitung in einer Eingabe an den Reichstag gefordert und ähnliches müssen wir badischen Ärzte für unser Land ebenfalls tun. Bekanntlich untersteht das gesamte öffentliche Gesundheitswesen in Baden bis jetzt dem Ministerium des Innern, in dem wohl 2 Ärzte als Referenten angestellt sind, denen aber eine entscheidende Befugnis nicht zusteht. Dass der ausschlaggebende Jurist dabei manchmal von ganz anderen Gesichtspunkten ausgeht wie der Fachmann und die Anforderungen des frischen Handelns erfordernden Lebens oft vor formalen Rücksichten zurückstehen müssen, ist unvermeidlich. Nun haben wir ja seit der Umwälzung in Baden ein zur Zeit allerdings verwaistes Ministerium für soziale Fürsorge. Aber während diesem nur das soziale Versicherungswesen, die Wohnungs- und Gewerbehygiene und die Kleinkinderfürsorge unterstellt wurde, blieb das eigentliche Gesundheitswesen und die Medizinalpolizei beim Ministerium des Innern. Die Aufgaben der Bekämpfung der Tuberkulose, der Geschlechtskrankheiten, des Alkoholismus, der Krüppelfürsorge, des Schulartzwesens usw. hängen aber mit dem dem Ministerium für soziale Fürsorge zugeteilten Arbeitsgebiete so vielfach zusammen, dass eine Trennung in zwei verschiedene Ministerien nur eine Vergeudung von Zeit und Arbeitskraft sowie eine Schädigung der Sache bedeutet und eine Vereinigung an einer Stelle ein dringendes Gebot ist. Unsere Forderung muss nun dahin gehen, dass ein selbständiges Gesundheitsamt für alle bisher von den Medizinalreferenten im Ministerium des Innern bearbeiteten Fragen geschaffen werde. Ob dieses Gesundheitsamt dem Ministerium für soziale Fürsorge oder dem Ministerium des Innern angegliedert wird, ist eine reine Zweckmässigkeitsfrage, die Hauptsache ist, dass an seiner Spitze ein in den Fragen der Sozialhygiene bewandertes Arzt steht; aber kein Theoretiker und Statistiker, sondern ein Arzt, der in der Praxis erfahren und organisatorische Fähigkeiten hat. Eine ganz wesentliche Förderung würde die Tätigkeit des Gesundheitsamtes erfahren können, wenn die Bezirksärzte als vollbesoldete Staatsbeamte angestellt würden, denen höchstens Konsultations-Praxis gestattet wäre. Ernstliche finanzielle Bedenken, die ja bei dem trostlosen Zustand unserer Staatsfinanzen bei allen Fürsorgemassnahmen eine ausschlaggebende, leider wohl oft vernichtende Rolle spielen werden, kämen hierbei kaum in Betracht, da durch Zusammenlegung mancher kleineren Bezirke und durch Einziehung der Gebühren durch den Fiskus die Finanzfrage ohne grosse Zuschüsse gelöst werden könnte. Auch der bereits bestehende, aber seit vielen Jahren im Dornröschenschlaf liegende Landesgesundheitsrat könnte durch regeres Zusammenarbeiten mit dem Gesundheitsamte zu neuem Leben erweckt werden. Auch die Arbeit der auf dem Gebiete des Fürsorgewesens tätigen Vereine des badischen Frauenvereins und anderer würde unter der Aufsicht und Anregung des Gesundheitsamtes weiter ausgebaut werden können und eine noch wirksamere werden.

Eine Forderung, die wir jetzt schon erheben müssen ist die, dass bei allen sozialen Aufgaben, die unser warten, die Freiheit unseres Berufes gewahrt wird.

Deshalb erheben wir als *conditio sine qua non* die Forderung der freien Arztwahl, ganz besonders bei der Familienversicherung, über die zur Zeit im Ministerium für soziale Fürsorge verhandelt wird. Aber nicht nur diese fordern wir, sondern auch die unbedingt notwendige Berücksichtigung, und zwar keine engherzige, sondern eine unseren Lebensnotwendigkeiten völlig genügende Berücksichtigung unserer materiellen Standesinteressen.

Die Zeiten, in denen die Ärzte zu Prügelknaben der sozialen Versicherung und der Fürsorgemassnahmen gemacht wurden, müssen ein für alle mal vorbei sein. Fördern und brauchen Staat und Gesellschaft zu ihrem Gedeihen einen hingebenden und arbeitsfreudigen Ärztestand, so ist es ihre Pflicht, ihn nicht durch den immerwährenden Kampf mit materiellen Sorgen in eine geistige Verfassung zu bringen, in der nur Gleichgültigkeit und Abstumpfung, aber keine arbeitsfrohe Tat gedeihen kann.

Referate praktisch wichtiger Arbeiten.

Münchener medizinische Wochenschrift 1918

Nr. 30 Über die influenzaartige Epidemie im Juli 1918 Von M. Brasch. (Aus der zweiten medizinischen Abteilung des Krankenhauses München-Schwabing. Oberarzt: Prof. Brasch.)

Über die pathologische Anatomie der influenzaartigen Epidemie im Juli 1918. Von Prof. Dr. Oberndorfer. (Aus der Prosektur des städtischen Krankenhauses München-Schwabing)

Epidemiologische und bakteriologische Untersuchungen über die pandemische Influenza. Von Dr. M. Mandelbaum. (Aus der Prosektur des städtischen Krankenhauses München-Schwabing. Prof. Dr. Oberndorfer.)

Die sogenannte spanische Krankheit. Von Walter Hesse. (Aus der medizinischen Klinik Halle.)

Nr. 32. Zur Pathologie der diesjährigen Grippe. Von M. Simmonds. (Aus dem pathologischen Institut des allgemeinen Krankenhauses St. Georg-Hamburg)

Pathologisch-anatomische und bakteriologische Befunde bei dem sogenannten Morbus Ibericus (1918). Von Stabsarzt Dr. Hermann Schöppler. (Aus der K. Militärärztlichen Akademie.)

Nr. 33. Zur pathologischen Anatomie und zur Bakteriologie der influenzaartigen Epidemie im Juli 1918. Von Dr. G. B. Gruber und Dr. A. Schädel. (Aus der Prosektur des städtischen Krankenhauses und aus der bakteriologischen Abteilung des Festungslazarets Mainz. Leiter: Stabsarzt d. R. Dr. G. B. Gruber.)

Nr. 40. Über Influenza. Von Prof. A. v. Strümpell, Leipzig.

Anatomische Befunde bei der Influenzaepidemie im Sommer 1918. Von Priv.-Doz. Dr. Edgar Goldschmidt, Prosektor am Institut. (Pathol. Institut der Univ. Frankfurt; Direktor: Prof. Fischer.)

Nr. 41. Bemerkungen zum bakteriologischen und klinischen Charakter der diesjährigen Grippe-Epidemie. Von Prof. Dr. Heiner v. Hösslin.

Über die jüngste, noch nicht erloschene Influenzaepidemie liegen in der Berichtszeit eine ganze Reihe von Arbeiten vor. Brasch, der im Krankenhause München-Schwabing ein aussergewöhnlich grosses Material beobachten konnte, ist zwar durch das völlige Fehlen des Pfeifferschen Influenzabazillus bei seinen Kranken zweifelnd geworden, ob es sich bei der jüngsten Epidemie um eine Influenza handelt, kann aber doch die weitgehende Ähnlichkeit mit dieser Krankheit nicht verkennen. Obwohl bei der jetzigen Grippe trotz ihres vielgestaltigen Krankheitsbildes leichte, mit Fieber und katarrhalischen Erscheinungen einhergehende Fälle von schweren, mit ernstesten Lungenerkrankungen komplizierten, sich unschwer unterscheiden lassen, hält Brasch aus praktischen Gründen an der üblichen Einteilung in vier Hauptformen fest: 1. Die Influenza des Respirationstraktus; 2. die Influenza des Intestinaltraktus; 3. die Influenza ohne nachweisbare Organerkrankung; 4. die Influenza des Nervensystems. Den Anfang machen allerdings allgemeine Infektionserscheinungen (Kopf-Gliederschmerzen, Fieber) und erst im weiteren Verlaufe grenzen sich die einzelnen Formen ab, ohne aber einen Übergang in andere oder ein kompliziertes Auftreten mehrerer Formen anzuschliessen. Die häufigste (von 275 Fällen 216) und unbestritten schwerste Form ist die des Respirationstraktus. Die Nase und ihre Nebenhöhlen sind in leichtester Art nur schnell und vorübergehend befallen, schwerer Kehlkopf, Trachea und Rachen. Es wird viel über Schluckbeschwerden geklagt und es findet sich die allgemeine Pharyngitis mit einer Tonsillitis ohne eitrig-pfröpfartige und mit einer leichten schleierartigen Epitheltrübung der Rachenschleimhaut. Beides sind Frühsymptome und möglicherweise die Eintrittspforten des Erregers anzeigend. Dieselbe Rötung und Schwellung weist die Schleimhaut des Kehlkopfes und der Trachea auf, ohne dass sich fibrinöse oder diphtherische Beläge *intra vitam* erkennen lassen. Nicht selten fanden sich heftige andauernde Hustenreize, die im Missverhältnis zu den objektiv wahrnehmbaren Kehlkopfveränderungen standen und einen richtigen Krampfhusten darstellen, der ja auch von der früheren Influenza her bekannt ist. Ebenso ähnelten der Influenza bronchitis der Übergang der Erkrankung auf die feineren Bronchien, entweder als Bronchitis sicca oder als sekretorische mit reichlichem schleimigen Sputum und gelegentlichen unerheblichen Blutbeimischungen. In beiden Formen bestanden die gleichen Hustenparoxysmen und führten zu starker Erschöpfung und

heftigen Interkostalschmerzen. Auch ein der katarrhalischen Influenzapneumonie ähnliches Stadium ist zu beobachten, nur dass im Sputum, wie schon erwähnt, niemals der Pfeiffersche Bazillus zu finden war. Viel häufiger war die Pneumonie eines oder mehrerer Lungenlappen, am häufigsten der Unterlappen, und hierbei wurden Krankheitsbilder von einer sonst ungewohnten Schwere gesehen. Ein Teil der am Respirationstraktus Erkrankten ging zu Anfang noch seiner oft schweren Beschäftigung nach, meist mit den schweren Gefahren einer verschleppten Krankheit, der andere Teil zeigte schon von Anfang an die Zeichen schwersten Ergriffenseins: hohes kontinuierliches Fieber, völlige Hinfälligkeit, schwerste Zyanose, starke Pleuraschmerzen, kleinen, äusserst frequenten Pulse, oft sehr früh heftige Delirien mit allmählichem Übergang in Koma. Die Untersuchung ergab Verdichtung eines oder mehreren Lungenlappen und daneben feuchte Rasselgeräusche über anderen Lungenpartien. Im allgemeinen stand aber der geringgradige Lungenbefund im auffallenden Gegensatz zu der hochgradigen Zyanose und dem schweren Allgemeinzustand, so dass frühzeitig der Gedanke an einen eitrigen Lungenprozess und seine toxische Schädigung auftauchte. Das Sputum war schleimig eitrig, manchmal rostbraun und der Pneumonie ähnlich, gar nicht selten hämorrhagisch oder fast rein blutig. Dabei wurde das Sputum in grossen Mengen und unter heftigen Beschwerden ausgehustet. Wenn in diesen Fällen unter Lungenödem der Tod eintrat, zeigte die Sektion das Bild der hämorrhagischen Infiltration der Lunge. Im Anfang war das Sputum bakterienarm, später äusserst bazillenreich, enthielt aber relativ selten den Pneumokokkus und niemals den Influenzabazillus. Schwere Pneumonien mit septischem Charakter und öfters begleitender Milzschwellung wurde in ziemlicher Anzahl beobachtet und mit einer erschreckend grossen Mortalität. Auffallend wurden zumeist junge Leute mit kräftiger Konstitution und ohne andere konstitutionelle Anomalien befallen und auch ein Status lymphaticus, den andere Autoren fanden, wurde vermisst, so dass der ungünstige Ausgang allein durch die Schwere der Infektion und die sekundäre Infektion bedingt war. „Der zeitliche Ablauf der Erkrankung war ganz verschiedenartig, manchmal kam es in 2–3 Tagen unter kritischen Erscheinungen zur Abheilung, in anderen Fällen fiel nach 5–8 Tagen unter lytischem Fieberabfall die Temperatur zur Norm. Die von Anfang an schwersten Kranken gingen oft nach 2–3 tägigen Bestehen der Pneumonie zugrunde.“ Bei den äusserst heftigen Pleuraschmerzen, die öfter die viel intensivere und deutliche Beteiligung der Pleura als sonst bei Pneumonie anzeigten, wurde ausgedehntes pleuritische Reiben, die Bildung seröser Exsudate und ihre schnelle Verbreitung sehr häufig beobachtet. Prognostisch ungünstig ist ein stark beschleunigter Puls, 130–140, während bei günstig verlaufenden Fällen trotz ausgedehnten Ergriffenseins der Lunge bei 39–40° Fieber 90–96 Pulsschläge gezählt wurden.

Gastrointestinale Erscheinungen traten sehr zurück und wurden nur in 5–6 Proz. der Fälle be-

obachtet. Nervöse Erscheinungen fehlten bei keinem Kranken: vor allem Kopfschmerzen, dann Rücken- und Kreuzschmerzen, während dagegen die ausgesprochenen und häufigen Neuralgien der Influenza nicht gesehen wurden. Bei den leichteren Erkrankungen fiel die lange Dauer der Rekonvaleszenz auf, die in gar keinem Verhältnis zur Kürze der Fieberperiode stand. „Sehr auffallend war auch die Neigung zu Rezidiven: entweder zeigte sich nach 2–3 fieberfreien Tagen unter erneutem Fieberanstieg eine leichte Wiederholung der früheren Erscheinungen“ oder es trat „nach einer allgemein fieberhaft ersten Periode mit leichten Halsbeschwerden ein fieber- und beschwerdefreies Intervall auf, an das sich eine schwere bedrohliche Pneumonie anschloss“, wie dies auch von früheren Influenzaepidemien bekannt ist. Eine wirksame Therapie liess sich leider nicht finden, von Kollargol und Elektrargol wurde auch nichts besonderes gesehen, so dass meist sehr vorsichtig und meist symptomatisch behandelt wurde.

Oberndorfer berichtet über die pathologische Anatomie der neuen Influenzaepidemie. Bei den Sektionen der Anfangsstadien der Krankheit spielten Hämorrhagien in den Lungen und derbe, fast trockene hämorrhagische Infarkte die Hauptrolle. Neben diesen, aber anscheinend später, wurden exsudative pneumonische Prozesse gefunden: echt kruppöse Hepatisation, aber oft mit eingesprengten Blutungen, schmutzig bräunlicher Farbe und häufig schmierig schleimig belegter Schnittfläche. In der Mehrzahl der Fälle beherrschte aber nicht die fibrinöse Exsudation, sondern die katarrhalische und desquamative Entzündung das Feld, zu der sich dann meist als schwere Komplikation die Eiterung gesellte: Ausgedehnte eitrig Bronchitis, embolisch eitrig Abszessbildung bis zu grossen eitrigen Einschmelzungshöhlen, sehr oft mit eitriger Pleuritis kombiniert. Meist war der Prozess einseitig. Im Gefässsystem fiel eine Verdickung der Gefässe des Lungenhilus auf. In den Luftwegen fanden sich bis auf den blossen Kehlkopf und die oberste Trachea, überall Hämorrhagien, pseudomembranöse Häute, fast immer eitrig schleimiger Belag. Die Hyperplasie des lymphatischen Apparates des Zungengrundes und Rachenringes trat auffallend hervor, so dass Oberndorfer die Lymphatiker für besonders bedroht ansieht. Das Verhalten der Milz ist verschieden, aber ein septischer Milztumor war doch häufig. Das Herz war auch mikroskopisch nicht verändert, stärkere Verfettung fehlte. An der Lunge zeigte sich mikroskopisch auch eine starke leukozytäre Infiltration der kleinen Arterienwände, die aber nie das ganze Gefäss, sondern nur fleckweise Strecken betraf, so dass eine Schädigung der Gefässwände wohl das Primäre ist. Nach dem Verfasser liegt in erster Linie ein bakteriemischer Prozess vor mit Lokalisation des betreffenden Erregers, besonders in den Lungengefässen. Der Blutung in den Lungen folgt die Ansiedelung und üppige Wucherung der sekundären Krankheitserreger, der Eiterbakterien, die dann das Bild beherrschen. Über die Eintrittspforte des eigentlichen Erregers ist damit noch nichts gesagt, vielleicht sind auch hier die Tonsillen die

Eintrittspforte. Das Befallensein von jugendlichen Personen und das Fehlen des Pfeifferschen Bazillus sind neben den geschilderten anatomischen Veränderungen die charakteristischen Eigentümlichkeiten der jetzigen Epidemie.

Mandelbaum konnte an demselben Material, welches den vorliegenden Arbeiten zugrunde liegt, die wichtige und schon erwählte Tatsache feststellen, „dass in keinem Falle Influenzabazillen weder mikroskopisch noch kulturell nachzuweisen waren“ und daraus folgern, „dass der Pfeiffersche Bazillus bei der jetzigen Pandemie nicht als ursächliches Moment zu betrachten ist“. Da es sich aber bei der jetzigen Pandemie epidemiologisch wie symptomatologisch um dieselbe Erkrankung handelt wie bei der Seuche des Jahres 1889/90 und da diesmal überwiegend junge Leute bis zu 30 Jahren befallen werden, liegt der Schluss nahe, dass die diesmal Nichtbefallenen durch die Influenza von 1889/90 eine langdauernde Immunität erworben hatten, die dem diesmaligen Seuchenmaterial bis zum Lebensalter von 30 Jahren nicht schützend zur Seite stand. Eine solche langdauernde Immunität kommt aber dem Pfeifferschen Bazillus nicht zu; dazu kommt, dass der Pfeiffersche Bazillus seit seiner Entdeckung schon oft gefunden wurde, und zwar bei influenzaähnlichen Symptomen wie bei Krankheitsfällen, die mit der Influenza nichts zu tun haben, und schliesslich, dass der Influenzabazillus nur eine geringe Infektionskraft besitzt, während der Erreger der pandemischen Seuche höchst infektionstüchtig sein muss. Aus allem dem zieht der Verfasser den Schluss, dass der Pfeiffersche Bazillus seinen Namen Influenzabazillus zu Unrecht trägt und als Erreger der pandemischen Influenza nicht in Frage kommt. In den Anfangsstadien der diesmaligen Pandemie wurden keine Mikroorganismen gefunden und in späteren Stadien gefundene, wie Pneumokokken, Strepto- und Staphylokokken, sind sicher sekundäre Ansiedler. Daraus ergibt sich folgende Zusammensetzung: „Der Erreger der pandemischen Influenza, die zurzeit herrscht, ist unbekannt. Er ist äusserst contagiös. Die Infektion durch denselben wird zum grössten Teil vom Menschen überwunden; er setzt aber eine Disposition zur sekundären Infektion durch Streptokokken, Staphylokokken, Pneumokokken u. a., und diese sekundären Erreger bedingen die Komplikationen und können zum Tode führen.“

Über die sogenannte »Spanische Krankheit« handelt Hesse und berichtet darin über die Erfahrungen, die in der Halleschen Klinik bis Anfang Juli 1918 gemacht worden sind. Die Erkrankung weist in ganz Europa im wesentlichen die gleichen Symptome auf und zeigt in ihrem Verlaufe grosse Ähnlichkeit mit der Influenza. Das klinische Bild ist ausserordentlich typisch. Ganz plötzlicher Beginn: mitten in der Arbeit Schüttelfrost oder leichtes Frostgefühl und ein derartiges Schwächegefühl, dass sich die Kranken nur mit Mühe nach Hause schleppen können. Dem Schüttelfroste folgt ein Temperaturanstieg, der in wenigen Stunden 39—40° und darüber erreicht, »in einem Teil der Fälle sich aber nur in mittlerer oder leichter Fieberhöhe bewegt«. Meist wird im ersten Tage, seltener im stufenförmigen Anstieg der höchste Temperaturstand erreicht, es folgt eine mehrtägige Continua und lytische Entfieberung, die auch bereits am zweiten oder dritten Tage einsetzen kann. Kritische Entfieberung ist selten. Leichte Erkrankungen

verlaufen mit geringem Fieber oder fieberfrei. Zu den Hauptsymptomen gehören ausser der schon erwähnten Prostration, starkes Kopfweh, Schmerzen in der Lendengegend, Appetitlosigkeit, Erbrechen, Augentränen, Niesen, Schnupfen, Kratzen im Halse und Hustenreiz. Nach dem Überwiegen der Krankheitssymptome bildet man vier Krankheitsformen. Die katarrhalische Form ist die häufigste: leichte Konjunktivitis, Koryza, leichte katarrhalische Angina und Pharyngitis, leichte Laryngitis. In etwa der Hälfte der Fälle fehlen trotz starken Hustenreizes jegliche Zeichen einer Lungen- oder Bronchialaffektion. Bei den schwereren Fällen finden sich die Erscheinungen einer Bronchitis oder Bronchiolitis, seltener einer lobulären Pneumonie. Auswurf kommt häufig erst mit der Entfieberung zum Vorschein, vom spärlichen reinschleimigen bis zum rötlich-schleimig-eitrigem, nur äusserst selten blutig tingierten. Weit seltener ist die rheumatische Form, bei der die katarrhalischen Erscheinungen in den Hintergrund treten vor Gelenkschmerzen und namentlich myalgischen Prozessen geringer Intensität und flüchtigen Charakters. Relativ selten ist die gastro-intestinale Form mit öfterem Erbrechen, Anorexie und diarrhöischen Entleerungen. Eine zerebrale Form mit schweren Erscheinungen (Koma, meningitische Erscheinungen) wurden nur zweimal beobachtet. Bei allen vier Formen findet man in den schweren Fällen eine leichte Milzvergrösserung; die seltener Tachykardie begleitet meist lobuläre pneumonische Prozesse. Gelegentlich finden sich febrile Albuminurie. Der Verlauf der Erkrankung spielt sich in der Regel in 2—3 Tagen ab; schnelle Rekonvaleszenz, keine Nachkrankheiten oder Rezidive. Bei den 19 beobachteten Todesfällen zeigte die Sektion schwere Entzündungen der Trachea und Bronchien mit oberflächlicher Epithelnekrose, schwere hämorrhagische lobuläre Pneumonien mit trockener oder serös hämorrhagischer oder eitrig hämorrhagischer Pleuritis, in einem Teil der Fälle beginnende eitrige Einschmelzung der hepatisierten Lungenlappchen. Die Prognose ist nach den zur hohen Erkrankungsziffer seltenen Todesfällen relativ gut zu nennen. Differentialdiagnostisch kämen leichte abortive Formen des Typhus abdominalis zur Erwägung. Die Inkubationszeit dürfte ein oder mehrere Tage betragen. Eine Therapie ist in den leichteren Fällen überflüssig, in den schwereren die rein symptomatische. Die bakteriellen Untersuchungen konnten in acht Fällen einen Befund erheben und zwar hämolytische Streptokokken im Blute, Pleuraexsudat und Sekret aus den Luftwegen.

Simmonds berichtet aus dem Pathologischen Institut des St. Georg-Krankenhauses in Hamburg, dass in zahlreichen Fällen der diesjährigen Grippe Pfeiffersche Influenzabazillen im Answurf und den Luftwegen gleichzeitig mit Streptokokken seltener Pneumo- und Staphylokokken gefunden wurden. Pathologisch-anatomisch ergab sich im wesentlichen die von Oberndorfer und anderen beschriebenen Befunde, histologisch auch die von Oberndorfer mitgeteilten Veränderungen an den kleinen Lungengefässen. Der Verf. hält die Krankheit für dieselbe Epidemie, wie die der Jahre 1889/90 und von ihr nur durch das Auftreten von Streptokokken-Mischinfektion und dadurch bedingten ersten Komplikationen unterschieden.

(Schluss folgt)

### Verschiedenes.

Das Akademische Direktorium der Universität Freiburg i. B. schreibt: Kriegsnotsemester für Kriegsteilnehmer. Das laufende Wintersemester endigt am 21. Januar 1919. Als dann wird ein Kriegsnotsemester eingeschoben, für welches die Immatrikulationen am 25. Januar 1919 beginnen und am 15. Februar endigen. Der Vorlesungsbeginn ist auf 4. Februar festgesetzt. Dieses Zwischensemester endigt am 16. April. Für den offiziellen Beginn des ordentlichen Sommersemesters 1919 ist der 26. April in Aussicht genommen. An diesem Tage nehmen die Immatrikulationen ihren Anfang und am 6. Mai die Vorlesungen. Das Kriegsnotsemester, welches in allen Fakultäten die für einen geordneten Studienbetrieb erforderlichen Vorlesungen und Übungen bietet, soll den Kriegsteilnehmern als Studiensemester angerechnet werden. Zum Teil liegen diesbezügliche zustimmende Entschliessungen der zuständigen Behörden bereits vor. Die Nichtkriegsteilnehmer können an

den Vorlesungen des Kriegsnotsemesters teilnehmen, jedoch haben sie keine Anwartschaft auf Anrechnung desselben. Dagegen bleiben sie von den Übungen (insbesondere medizinischen und naturwissenschaftlichen) ausgeschlossen. Neben den geordneten Vorlesungen und Übungen werden Ergänzungskurse abgehalten, die dem Zweck dienen sollen, den Kriegsteilnehmern über Mängel in ihrer Vorbildung hinwegzuhelfen und ihnen die Einarbeitung zu erleichtern. Das Programm des Kriegsnotsemesters wird Ende dieses Monats zur Ausgabe gelangen.

### Vereinsangelegenheiten.

#### Witwenkasse badischer Ärzte.

Die Mitglieder werden ersucht, den Jahresbeitrag für 1919 an den Rechner, Dr. Jourdan in Karlsruhe, Moltkestrasse 25, portofrei nebst 5 Pfennig Bestellgebühr einzusenden. Postscheck Nr 2368. 2]2

## Bei Influenza-Pneumonien

bewirkt Thiocol (wasserlösliches Guajacol-Präparat) milden Verlauf,  
Hemmung der Temperatursteigerung, Erleichterung von Husten und Auswurf.

Rp. Thiocol-Tabletten 1 Originalröhrchen mit 25 St. (M. 2.—)  
S. 2—5 mal täglich 1 Tablette.

„Cewega“ Grenzach (Baden).

465]2.1

Für sich  
**niederlassende Aerzte:**  
**Erstklassige moderne Einrichtungen**  
Für aus dem  
**Kriege heimkehrende Aerzte:**  
**Ergänzungen und Instandsetzungen**  
ihres Instrumentariums 471]4.4  
Preisauflagen in verschiedener Reichhaltigkeit zur Verfügung  
**H. C. Ulrich, Ulm a. D.**  
Münsterplatz 15.      Telephon 1290

### Sanatorium Nordrach

im bad. Schwarzwald 477]24.1  
für Lungenkranke (Private)  
sonnige, geschützte Lage, direkt am Wald, nur Südzimmer,  
schöne und bequeme Waldspaziergänge.  
Besitzer: **L. Spitzmüller**, Leit. Arzt: **Dr. K. Weltz**.

Der Badische Frauenverein verfügt durch die Rückkehr der Etappenschwestern über eine grössere Anzahl von

### Schwestern für Privatpflege

Schwestern für Hilfe in ärztlichen Sprechstunden und in sonstigen Berufsgebieten.

Anforderungen auf Gestellung solcher Schwestern wollen telephonisch oder schriftlich an die Oberin des Ludwig-Wilhelm-Krankenheims, Kaiserallee 10, Karlsruhe, gerichtet werden. 482]3.1

### Arztstelle

in Bonndorf, bad. Schwarzwald, sofort durch tüchtigen prakt. Arzt zu besetzen. Einkommen als Krankenkassenarzt 2 000 bis 3 000 M. jährlich. Bezüge von der Stadt nach Übereinkunft. Bewerber wollen sich an den Gemeinderat Bonndorf wenden. 474]8.3

### Med.-Rat Dr. Blume in Philippsburg (Baden)

sucht einen Kollegen zum sofortigen Eintritt in seine Praxis behufs späterer Übernahme derselben sub forma Vertretung. 481]2.1

<p><u>Epilepsie,</u> <u>Neurasthenische und</u> <u>psychische Zustände.</u></p>	<p><b>Über 20 Jahre bewährt!</b> Genau Dosierte, längste Verträglichkeit. Billige Brom-Eisen-Medikation.</p>  <p>Haemoglobin-Eisenalkalibromid in Pulvern.</p>	<p>Sehr <b>verträgliches</b>, auch bei langer Darreichung wohlbekömmliches, roborigendes und tonisierendes Nervinum und Antiepileptikum.</p> <p>Rp.: Nervinum Dr. Weil 1 Orig.-Sch. (60 Pulver) M. 5.—</p> <p>S.: 2-3 Pulver tägl. in 1/2 Glas Wasser oder in ungesalzener Suppe oder Speise.</p>
<p><u>Erregungs- und Unruhezustände</u> <u>Epilepsie besonders im Kindes-</u> <u>alter</u> <u>Klimakterische Wallungen</u> <u>Herzneurose</u> <u>Neurasthenie, Hysterie</u> <u>Bromüber</u></p>	<p>  Calcium-Glycerophosphat 1 %      2,5 % Bromvalerianatsirup 5 %      16 %</p>	<p>Das potenziert wirkende <b>bromarme</b> Spasmosan ist ein besonders mildes und zuverlässiges Beruhigungsmittel; es eignet sich ausser zu den nebenstehenden speziellen Indikationen zur vereinigten abgeschwächten Darreichung mit Nervinum Dr. Weil.</p> <p>Rp.: Spasmosan 1 Orig.-Fl. M. 4.—</p> <p>S.: 2-3 mal täglich 1-2 Esslöffel, Kinder Kaffeelöffel voll. (Ausserdem, wenn nötig, morgens und abends je eine Dosis Nervinum Dr. Weil.)</p>
<p>Literatur: Chefarzt Dr. Lopp: Nr. 34/35 1915 Fortschritte der Medizin 476] <b>Fabrik chem.-pharm. Präparate Dr. R. &amp; Dr. O. Weil, Frankfurt a. Main.</b></p>		

## Spermaton

gekürzter Name für **Spermathanaton**

in wieder leicht löslicher Friedensbeschaffenheit  
in allen Apotheken

Literatur und Proben nur an Ärzte durch die

**Chemische Fabrik Raffovia, Berlin W 57**

Potsdamerstrasse 66, Fernruf Nollendorf 4992.

479]2.1

## Helferinnen

und Hilsschwestern vom Roten Kreuz mit jahrelanger Ausbildung stehen Ärzten zur Assistenz in der Sprechstunde, im Operationssaal, im Laboratorium usw. zur Verfügung.

Anforderungen an den **Vorstand des Helferinnenbundes Karlsruhe**, Stefaniensstrasse 76.

483]

## Röntgen-Apparat

steht bei Bedarf leihweise gegen mässige Gebühr zur Verfügung.  
Anfragen unter **G. M. 3** Exped. d. Blattes.

446]10.9

## Gebrauchtes ärztl. Instrumentarium

im Gesamtwert von 150 M wegen Todesfall abzugeben.

Näheres durch die Geschäftsstelle des Blattes. 480]

Verlag von Georg Thieme, Leipzig

# 1919

## Reichs-Medizinal-Kalender

(Börner)

Herausgeg. von Geh. San.-Rat Prof. Schwalbe, Berlin

**Taschenbuch gebunden**      nebst      **4 Quartals- u. 2 Beiheften**

**M. 5.—**

461]2.2

## 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 1 870 und 19 728.

Cavete, collegae!

Drahtadresse: Ärzteverband Leipzig.

**Angermünde, Kr.**

**Berlin-Lankwitz  
Bremen**

**Corbetha**

**Diedenhofen, Loth.  
Diez a. L.  
Dietzenbach, Hess.  
Düsseldorf**

**Elbing  
Elstorf  
Ellingen, M.-Frank.  
Eschede, Hann.**

**Freiwaldau (Schles.)  
Freudenberg**

**Gellenkirchen,  
Kr. Aachen**

**Giessmannsdorf,  
Schles.**

**Gröba-Riesa  
Gröditz b. Riesa  
Grossbeeren, Bez.  
Guben  
Guxhagen, Bezirk  
Cassel**

**Halle S.  
Hanau, San.-Verein  
Heckelberg, Kreis  
Oberbarnim  
Holzappel i. T. und  
Umgebung**

**Johannisberg-  
Geisenheim**

**Kaiserslautern**

**Kaufmännische  
Kr.-K. für Rheind.  
u. Westf.**

**Klingenthal, Sa.  
Köln, Rh.  
Kraupischken,  
O.-Pr.  
Kreuznach, Bad**

**Lieberose, N. L.**

**Mariahütte  
Mohrungen, Bez.**

**Niederneukirch**

**Oberbarnim, Kreis  
Oberneukirch  
Oderberg i. d. Mark  
Ostritz, Sa.**

**Preuss. Holland,  
Bezirk**

**Quint b. Trier**

**Reichenbach,  
Schlesien.  
Riesa a. Elbe-Gröba  
Ringenhain  
Rothenfelde bei  
Fallersleben  
Ruhla, Thür.**

**Schirgiswalde,  
Regsbz. Bautzen  
Schönebeck a. E.  
Schorndorf,  
Württemberg  
Schreiberhau,  
Riesengebirge**

**Schweidnitz, Schl.  
Bahnarztst.  
Selb, Bayern  
Stahnsdorf, s. Telt.**

**Templin, Kreis**

**Walldorf, Hessen  
Warmbrunn-  
Hernsdorf, Ries-  
engebirge  
Weissenfels a. S.  
Weissensee b. Berlin  
Witkowo, Posen**

**Zeltz, 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-, Schiffs- Arzt- und Assistentenstellen sowie Vertretungen.** [484]

Bei **Malsch & Vogel, Karlsruhe**, ist erschienen:

## Kassenärztliche Gebührenordnung für Baden

Oktober 1918.

### Sanatorium Stammberg

Schriesheim a. d. Bergstrasse  
für weibliche **Lungenkranke** des gebildeten  
Mittelstandes. — 6 % bis 8.80 % pro Tag. —  
Sommer- und Winterkur.  
Prospekt durch die **Verwaltung**.  
Auch während des Krieges geöffnet. 452|24.7

### GOLDHAMMER-PILLEN

Bism. salicyl. u. Carbo mit reichlich Ol. menth. pip.;  
Darmlöslich gelatinirt. Seit Jahren mit bestem  
Erfolg erprobtes Spezialpräparat bei  
**Chron. Darmkatarrhen-Darmgärungen**

Sch. à 50 Pillen 2.40 in den Apotheken. — Ärztemuster gratis.

**Laboratorium F. Augsberger, NÜRNBERG**  
Rothenburgerstr. 27.

486|24.1

Wir bitten die Herren Ärzte, welche ihre Praxis wieder aufnehmen, das neue Verzeichnis unserer Originalformen einzufordern. 487|2.1

### TEMMLER WERKE

Vereinigte Chem. Fabriken DETMOLD.

Den Herren Bezirksärzten empfehlen wir unser Lager der vorgeschriebenen **Formulare** zu

bezirksärztlichen Zeugnissen und Gutachten für

**Führer von Kraftfahrzeugen.**

Karlsruhe.

Malsch & Vogel,

Buchdruckerei und Verlagshandlung.