

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden. 1857-1933 1930

7 (15.4.1930) Wissenschaftliche Beilage zu den Aertzlichen Mitteilungen
aus und für Baden

WISSENSCHAFTLICHE BEILAGE

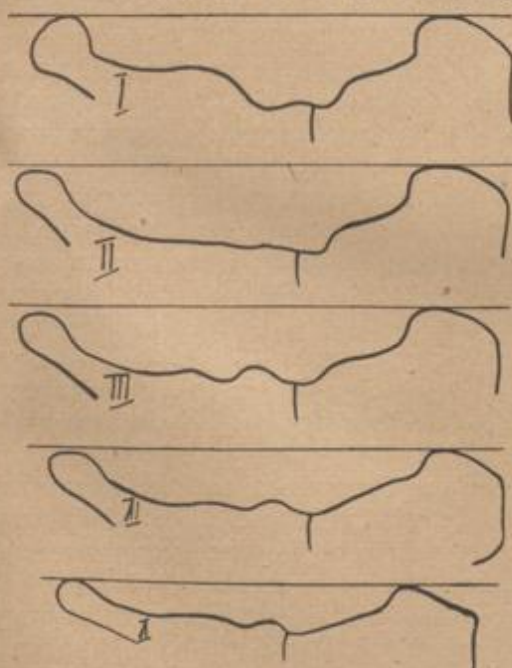
zu den Aerztlichen Mitteilungen aus und für Baden / 1930 Nr. 7

Untersuchungen über den Menschenfuß, den Plattfuß und die Plattfüßeinlage.

Von Dr. A. Stoffel, leitender Arzt der orthopädischen Abteilung des neuen Theresienkrankenhauses Mannheim.

M. D. u. H. In unserer sonst so vorzüglich ausgebauten Gesundheitspflege klafft eine eigenartige Lücke. Von staatlicher Seite aus genießt der kranke menschliche Fuß keinen Schutz, während man seit Jahrzehnten schon den Beschlag der Huftiere nur besonders ausgebildeten Meistern erlaubt. An dem kranken Menschenfuß darf aber jeder Laie seine „Kunst“ probieren, jeder Laden, jedes Schuhgeschäft darf den Fuß mit seinen Artikeln beglücken, mit Erzeugnissen, über die der Fachkundige oft den Kopf schüttelt. Im letzten Jahrzehnt ist die Zahl der Fußkranken ins Unendliche gewachsen. Rettung kann nicht der Laie, sondern nur der Arzt, und zwar der wissenschaftlich geschulte Arzt bringen. Denn die Verhältnisse liegen beim Senk- und Plattfuß oft verwickelter als die meisten Menschen ahnen.

Wie ich in meinem Vortrag auf dem letzten Orthopäden-Kongreß in München ausführte, sind wir Aerzte m. E. in dem Begriff der Längswölbung und des Längsbogens etwas befangen. Sieht man sich einen normal gebauten Skelettfuß z. B. den von H. Virchow in Form zusammengesetzt an, so findet man in der Sohle keine durchgehende bogenförmige Linie, sondern nur kurze Bogenstücke. Gerade und Winkel. Das kann ich schön an einem Fußskelett zeigen, das ich so zusammensetzte, daß es der von H. Virchow abgebildeten Form nahekommt. Der Plantarfläche wurden 5 schmale Bleistreifen mit dem Modellierholz angedrückt und mit dünnen Drähten fixiert. Danach wurde einer nach dem andern vorsichtig abgenommen und auf Papier übertragen. So entstand die Fig. 1, die klar zeigt, daß keiner der 5 Fußbögen eine



durchgehende bogenförmige Linie, aber manche Gerade, kurze Bogen und Winkel aufweist. Ich nenne sie daher Winkelbögen.

Der Begriff des Längsbogens wird aber am stärksten erschüttert durch die auch an meinen Bleistreifen sehr gut sichtbare scharfe Abknickung des Vordertarsus. Das Fersenbein steht mit seiner Längsachse schräg nach vorn und oben. Diese Steilstellung des Fersenbeins ist den Anatomen gut bekannt. Ich erwähne vor allem Weidenreich, dem wir bekanntlich ein ausgezeichnetes Buch über den Menschenfuß verdanken. Von Orthopäden hat namentlich Baisch darauf hingewiesen, nur wurde diese Schrägstellung beim Bau der Einlage m. E. zu wenig beachtet. Die Winkelbögen haben verschiedene Spannweite und Höhe (Fig. 1). Der längste und höchste Winkelbogen ist der zweite. Besonders möchte ich darauf hinweisen, daß der 5. Winkelbogen freilich der niederste ist, aber eine sehr gut ausgesprochene Wölbung hat. Der Scheitelpunkt, der im Chopart-Gelenk liegt, steht 2,5 cm über der Bodenebene. Und der 4. Winkelbogen ist noch höher, ich messe 3,3 cm Scheitelhöhe. Diesen beiden Bögen kommt beim Bau der Einlage eine große praktische Bedeutung zu.

Wenn man sich in dieser Weise alle 5 Winkelbögen auf den Tisch gelegt hat, erkennt man die Bedeutung jedes einzelnen und verfällt nicht in den Fehler, einem oder mehreren der Bögen eine besonders hervorragende Rolle anzuerkennen oder anderen ihren praktischen Wert abzusprechen. Man wird auch davor bewahrt, das menschliche Fußgewölbe mit einer Gewölbeart der Technik zu vergleichen.

Um das volle Verständnis für die Bedeutung der Schrägstellung des Fersenbeins zu erhalten, ist eine kleine vergleichend anatomische Abschweifung am Platze. Die Aufrichtung des Fersenbeins ist eines der Hauptmerkmale des Menschenfußes. Bei den Affen steht die Längsachse des Fersenbeins noch horizontal, sie stützen sich beim Stand auf das Vorderende des Fersenbeins (Tub. basale). Nun vergleiche man damit den Menschenfuß. Die Kuboidstütze ist aufgegeben, das Vorderende des Fersenbeins hat sich aufrichtet. Der Plantarfortsatz des Tuber ist hinterer Stützpunkt geworden. Und nun wollen wir noch einen Schritt weitergehen und die übertriebene Schrägstellung des Fersenbeins betrachten. Sie charakterisiert den menschlichen Hohlfuß. Der Abknickungswinkel ist so scharf ausgeprägt, daß man im Hinblick auf den Skelettfuß von einer Hohlheit, mit der wir doch den Begriff einer Bogenbildung verbinden, eigentlich nicht sprechen kann. Winkelfuß oder etwas Ähnliches wäre angebrachter als Hohlfuß. Ich stellte eine „Stufenleiter“ der Fersenbeinstellungen zusammen vom Affenfuß, über den Plattfuß, bei dem wie beim Affen das Fersenbein horizontal liegt, Senkfuß zum normalen und Hohlfuß des Menschen. Selbstverständlich hat diese Stufenleiter mit der Entwicklungsgeschichte nichts zu tun. Wie Weidenreich darlegt, ist nicht angängig, den Affenfuß morphologisch und funktionell als einheit-

liches Gebilde aufzufassen. Zwischen dem Fuß der Anthropomorphen (also Orang, Schimpanse, Gorilla) und dem der Meerkatzen bestehen große Unterschiede, letztere haben den Laufaffenfuß, erstere bewahren den reineren Klettertyp der Baumtiere. Beim Laufaffentypus liegt das Fersenbein völlig flach, erscheint nach unten konvex, die Ferse ist nach oben abgehoben, der Fuß ruht in der Ruhe auf der Kuboidstütze. Der Anthropomorphentypus weist bemerkenswerte Unterschiede auf. Die stärkere Aufrichtung des Körpers macht einen neuen Stützbogen nötig. Das Fersenbein richtet sich auf, sein vorderes Ende stellt sich schräg nach vorn und oben, die Fersenstütze wird hinterer Stützpunkt des neuen Bogens, die Kuboidstütze ist aufgegeben. Die Capitulumstütze wird nun auch Standstütze.

Noch kurz ein Wort zum Fuß des fossilen Menschen. Skelettelemente des prähistorischen Fußes wurden nur sehr spärlich und vielfach unvollständig gefunden. Es scheint, daß diese spärlichen Elemente ihrem ganzen Typus nach den ausgesprochenen Menschenfuß erkennen lassen. Diese Hominiden sind sämtlich schon aufrecht gegangen, wie das Weidenreich am Becken der Neandertalmenschen nachweisen konnte. Bei dem Menschen von Aurignac, der ein leidlich gut erhaltenes Fußskelett aufwies, machte der Kalkaneus, dieser charakteristischste aller Fußknochen, in allen Einzelheiten den Eindruck des wohl ausgebildeten Kalkaneus eines recenten Europäers. Wie sehr die Natur an der Steilstellung des menschlichen Fersenbeins festzuhalten sucht, will ich Ihnen aus der Art der Verklammerung beweisen. Am Scheitelpunkt des Abknickungswinkels hat die Natur die allerstärksten der plantaren Fußbänder vor allem das Lig. plantare long. gesetzt. Hier war eine gefährdete Stelle, die aufs äußerste gesichert und aufs stärkste verklammert werden mußte. Das eben erwähnte Band ist sehr breit und kräftig und ist nicht als gewöhnliche Ueberbrückung der Gelenkverbindung aufzufassen, sondern hat höheren Zweck. Das gewöhnliche Gelenkband ist das Lig. calaneo-cuboid. plantare. Die Abknickung des präcalcaneären Fußabschnittes im queren Tarsalgelenk ist beim Menschen kein Bewegungsvorgang, sondern eine gut fixierte und nach Möglichkeit gesicherte Stellung, die eine physiologische Aenderung nicht zuläßt. Beim Primatenfuß sind dagegen Bewegungen in jenem Gelenk in dorsaler und plantarer Richtung möglich. Wie vielseitig und kräftig das menschliche Fersenbein mit dem Vordertarsus verklammert ist, zeigt die Zusammenstellung der Bänder. Ich kann darauf nicht eingehen, sage nur folgendes: Immer wieder zeigt es sich, wie weit die Beziehungen des Fersenbeins reichen und wie die Natur bestrebt ist, es nach Möglichkeit zu sichern. Die stärksten der Bandzüge liegen unter der lateralen Skelettreihe. Die Natur gibt uns dadurch einen Fingerzeig, wo eine starke Sicherung notwendig ist.

Wir sehen an jedem Fußabdruck, daß der normale Menschenfuß sich beim Stand auf die Ferse, das laterale Sohlengebiet, die Ballen und die Enden der Phalangen aufstützt. Noch klarer wird der Vorgang, wenn man in den Fußabdruck die Knochen einzeichnet. Ich machte folgendes: zuerst Röntgenaufnahme, dann farbiger Fußabdruck. Beide werden ineinander ko-

piert. Man sieht besonders schön, daß das Fersen- und Würfelbein und die zwischen ihnen liegende laterale Hälfte des queren Tarsalgelenks lateral und ganz im Sohlenabdruck liegen.

Wir sahen vorhin, daß das Fersenbein an allen 5 Gewölbebogen beteiligt ist und zwar in ganz hervorragender Weise.

M.D.u.H. Ohne die Schrägstellung des Fersenbeins wäre es mit den Gewölbebogen schlecht bestellt. Das sieht man schon aus meiner Taf. 1 und das kann ich noch in anderer Weise vor Augen führen. Sie sehen hier einen Fuß mit ausgezeichneter Wölbung und daneben ein großes Stück Fuß, das kaum eine Wölbung erkennen läßt. Sie werden sagen, das eine ist ein prachtvoll gewölbter Fuß und das andere gehört einem Plattfuß an. Weit gefehlt. In beiden Fällen handelt es sich um den gleichen Fuß. Das will ich Ihnen jetzt erklären. Ich machte von dem Skelettfuß der Tafel 1 mittels der Leim- und Gelatinemethode einen Gipsabguß, sägte das Fersenbein mit der Laubsäge aus und legte es weg. Den Rest des Gipsabgusses zersägte ich in der Längsrichtung in zwei Stücke und zwar so, daß Sprungbein, Kahnbein, die 3 Würfelbeine und 1. und 2. und 3. Mittelfußknochen ein (größeres) Stück, und Würfelbein und 4. und 5. Mittelfußknochen das andere Stück bilden. Die so erhaltenen Stücke legte ich auf den Tisch und sah, daß die Wölbung, die sie in sich selbst bergen, gering ist. Man ist namentlich an dem großen Stück erstaunt, unter welcher geringer Wölbung die Knochen zusammenstehen. Ein Fehler kann nicht unterlaufen sein, denn der Gipsabguß ist unverrückbar. Setzt man nun die einzelnen Teile wieder zusammen, so merkt man, daß die normale Wölbung hauptsächlich dadurch zustande kommt, daß das Sprungbein mit seiner Gefolgschaft auf das vorn aufgerichtete Fersenbein aufgehoben wird und daß der 4. und 5. Mittelfußknochen mit dem Würfelbein schräg nach hinten oben zu dem vorn hochstehenden Fersenbein geführt werden. Und wenn man den vorderen Teil des Fersenbeins senkt und dann erst die Knochen in der soeben beschriebenen Weise zusammenfügt, so hat man nur durch die Veränderung der Fersenbeinstellung und ohne daß man an dem andern Knochen eine Verschiebung vornimmt, eine wesentliche Abflachung des Längsgewölbes. Selbstverständlich kontrollierte ich meine Untersuchungen, die ja eine ganz neue Note in unsern Begriff der Fußwölbung bringen, und zog dazu namentlich den von H. Virchow in Form zusammengesetzten Fuß heran. Alle diese Kontrolluntersuchungen lehrten aber das Gleiche, daß das oben erwähnte große Stück nur eine geringe Wölbung aufweist und daß die Fußwölbung hauptsächlich durch die Schrägstellung des Fersenbeins und durch das Hinaufheben des Sprungbeins auf das Fersenbein entsteht. Auf meiner Taf. 1 ist das Sprungbein gar nicht sichtbar. Mit Absicht. Es kommt ihm bei dem Gewölbebau nur eine untergeordnete Bedeutung zu. Das sieht man an jedem Bänderpräparat mit herausgenommenem Sprungbein. Das Gewölbe hält auch ohne Sprungbein und verträgt sogar Belastung von oben. Ich möchte auch darauf hinweisen, daß am Sprungbein kein Muskel und keine Sehne aus-

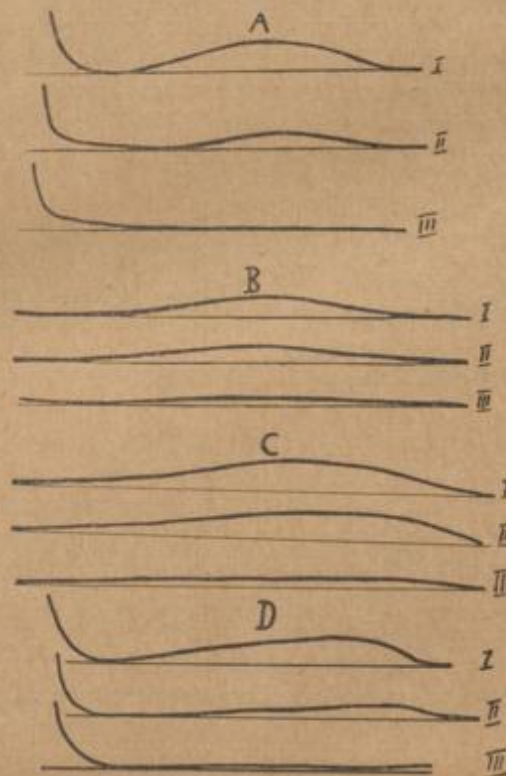
setzt, während von dem Fersenbein eine große Anzahl von Muskeln ausgeht.

Wenn wir unseren Fuß ausruhen wollen, stellen wir uns auf die laterale Fußkante. Vergleichend anatomisch ist es wichtig, daß die Menschenaffen z. B. der Gorilla zuerst die laterale Längsseite des Fußes aufsetzen. R. Fick hebt hervor, daß er wie der Orang mit dem äußeren Fußrand aufträte. Wie bei den niedersten Primaten liegt auch bei den Menschen der laterale Fußrand am tiefsten und der Unterlage am nächsten. Daß auch der Senkfüßige die äußere Längsseite viel benutzt, sehen wir an den lateral abgelaufenen Sohlen. Es ist mir nicht verständlich, daß z. B. Engels die Körperlast hauptsächlich vom medialen Fußgebiete tragen läßt. Das widerspricht der Anatomie, der Entwicklungsgeschichte und den praktischen Erfahrungen. Die Entwicklung der Belastung ging nach Weidenreich doch wohl so vor sich: das Klettertier benutzte nur die laterale Fußkante beim Auftreten. Als es auch zum Bodentier werden mußte, genügte diese Stellung weder zum Stand noch zum Gehen, die Unterstüßungsfläche mußte nach der medialen Seite verbreitet werden. Der mediale Fußrand wurde mit Beibehaltung der allgemein supinatorischen Stellung soweit gesenkt, daß er den Boden berührte. Der Hallux wurde gesenkt und auf den Boden gebracht.

Ich möchte noch kurz einiger Versuche gedenken, die ich mit gelenkig zusammengesetzten Fußskeletten anstellte, um die Wirkung der Belastung und andere Fragen zu prüfen. Ich montierte die Fußknochen auf Spiraldrähte. Ohne Belastung sind die Knochen fest gegeneinander gepreßt, die Gewölbebogen kommen gut zum Ausdruck. Bei einer bestimmten Belastung sieht man, daß die Gebilde des medialen Gewölbebogens niedriger treten, daß der vordere Teil des Fersenbeins sich senkt und der Gelenkspalt zwischen Fersen- und Würfelbein klafft. Nach Aufheben der Belastung schnellen die Knochen wieder in die alte Stellung zurück, der Gewölbebogen ist wieder hergestellt. M. H. Wer ein einziges Mal dieses Spiel sah, wie bei jeder Belastung das vordere Ende des Fersenbeins sich senkt, der wird keine Einlage mehr bauen, welche die Stütze des vorderen Fersenbeinendes unterläßt. Welche Punkte des Gewölbes muß man unterstützen, um das Durchbiegen des Gewölbes bei der Belastung zu erzielen? Zuerst unterstützte ich natürlich den medialen Gewölbebogen, ein entsprechend dicker Holzpflock kam unter das Naviculare. Das Durchbiegen des Gesamtgewölbes wurde dadurch wesentlich eingeschränkt. Eine überraschend feste Sicherung erzielte ich, sobald ich von der lateralen Seite her das vordere Ende des Fersenbeins abstützte. Jetzt war das Durchbiegen völlig aufgehoben. Auch der mediale Gewölbebogen erhielt dadurch einen guten Halt. Es gelang also durch das Abstützen eines Gebildes der lateralen Skelettreihe (denn das vordere Ende des Fersenbeins gehört den lateralen Teilen an) dem medialen Bogen einen Halt zu verleihen. Ganz interessant sind auch die Versuche, wenn ich den Spiraldrahtfuß mit der Ferse auf einen 4–5 cm hohen Damenholzabsatz stellte. Es zeigt sich einwandfrei, daß jetzt die Gewölbebogen sich viel schwerer durchbiegen lassen, als wenn der Spiraldrahtfuß flach auf eine Ebene steht. Ich erhielt den Ein-

druck, daß beim Stand auf einem höheren Absatz die Gelenkflächen sich gegenseitig abstützen und Halt geben. So ist neben anderen die Tatsache zu erklären, daß die Füße besonders durch Gehen in Pantoffeln verdorben werden und daß eine Dame mit Senkfuß schon durch das Tragen eines höheren Absatzes Linderung ihrer Beschwerden empfindet. Noch vieles andere können wir an dem Spiraldrahtfuß erlernen, aber die Zeit verbietet es mir, weiter darauf einzugehen.

Ich komme nun zur Konstruktion der Plattfüßeinlage. Die Einlage muß vor allem die allbekanntesten Forderungen erfüllen: erstens muß sie gegen die Pronation ankämpfen (muß sie das Fersenbein supinieren), den Vorfuß hat sie zu pronieren und adducieren. Zweitens muß sie den abgeflachten Winkel des queren Tarsalgelenks wieder herstellen (muß das vordere Fersenbeinende heben). Drittens muß sie das niedergesunkene Quergewölbe wieder aufrichten. Der ersten und dritten Forderung werden die von Fachärzten gebauten Einlagen gerecht, aber die zweite Forderung wird vielfach ungenügender erfüllt, man schenkt dem vorn niedergesunkenen Fersenbein zu wenig Aufmerksamkeit. Verschiedene Fachkollegen waren so liebenswürdig, mir mitzuteilen, auf welche Punkte sie bei der Konstruktion besonderen Wert legen. Die Tatsache, daß von 21 auswärtigen Orthopäden, die mir schrieben, nur drei das Aufrichten des vorderen Fersenbeinendes als wichtig bezeichneten, beleuchtet die Situation. Wenn man eine Einlage beurteilen will, sucht man sich mit dem Auge und dem Gefühl ein Urteil über Art und den Grad der Wölbung, die Supination, den Stand der Einlage usw. zu verschaffen. Man erhält dadurch ungefähre Werte. Eine sichere Beurteilung ist aber nur durch genaues Ausmessen möglich. Uns fehlt bis jetzt eine Meßmethode. Ich half mir folgendermaßen: Die Einlage wird mit Bleistreifen ausgelegt. Mit dem Finger werden die Streifen der Einlage anmodelliert, vorsichtig abgehoben, mit der Seite auf Papier gelegt und mit dem Bleistift umrissen (Fig. 2). Die Messung fiel am



genauesten aus, wenn man entsprechend den 5 Winkelbogen 5 Bleistreifen wählen würde. In der Praxis brauchen wir aber ein einfacheres Verfahren und für unsere praktischen Bedürfnisse genügen 3 Bleistreifen völlig. Die quere Messung wird entsprechend dem *Tuber calcanei* und dem queren Tarsalgewölbe vorgenommen. Ich montierte viele von Fachkollegen hergestellte Einlagen mit den Bleistreifen. Es handelt sich nur um neue, noch nicht getragene Einlagen. Hier bitte ich, meine Ausführungen nicht als Kritik, sondern als Mitarbeit aufzufassen, aus dem Bestreben entstanden, die ärztliche Einlage zu verbessern. Die Fig. 2 zeigt die Streifen jeweils auf die Zeichenebene gebracht. Man sieht, daß alle diese Einlagen keine oder nur eine ungenügende Längswölbung im Bereiche des 4. und 5. Längsbogens aufweisen und daß sie dem vorderen Ende des Fersenbeins, dem Würfelbein und der lateralen Hälfte des queren Tarsalgelenks keine direkte Stütze bieten. Man beachte auf Fig. 2 jeweils den 3. Bleistreifen, der dem 4. und 5. Längsbogen entspricht. Manche dieser Einlagen zeigen hier überhaupt keine Wölbung, sondern sind hier völlig flach. Wie wenig diese Kurven der Anatomie Rechnung tragen, geht aus dem Vergleich mit Fig. 1 hervor, welche die gut ausgeprägte Höhe des 4. und 5. Gewölbebogens des normalen Fußes zeigen. Und aus dem Versuch des mit Spiralfedern montierten Fußes haben wir gelernt, daß die Unterstützung des vorderen Fersenbeinendes dem Auseinanderrücken der Knochen bei der Belastung einen starken Riegel vorschiebt. In diesem wichtigen Punkte versagen viele ärztliche Einlagen völlig. Es genügt wirklich nicht, daß man am Leisten oder Gipsfuß nur den medialen Gewölbebogen aushöhlt. Wenn ich eine Einlage beurteile, sehe ich sie auch von der lateralen Seite an. Eine richtig gebaute Einlage soll m. E. auch an der lateralen Seite eine anatomisch richtige Wölbung erkennen lassen. Viele der von Fachärzten gebauten Einlagen zeigen an der Lateralseite keine oder eine ungenügende Wölbung, sie stützen also das vordere Ende des Fersenbeins und seine Gelenkverbindungen nicht ab. Fig. 3 zeigt eine nach meinen Vorstellun-



gen und Grundsätzen gebaute Einlage. Auch im Bereiche des 4. und 5. Strahles ist eine Wölbung vorhanden. Auf Röntgenbildern mißt man aus, daß das Gelenk zwischen Fersen- und Würfelbein ungefähr 9 cm vor der Rückseite der Fleischferse liegt. Die Höhe des Scheitelpunktes des 4. und 5. Bogens an der Einlage ist wichtig. Selbstverständlich kann man die Höhe niemals so hoch wählen wie sie der Skelettfuß zeigt. Das würde niemand ertragen. Ueberhaupt muß man individuell vorgehen. Ein gut beweglicher Fuß, der sich leicht in seiner Längs-

wölbung zusammenstauchen läßt, verträgt eine größere Höhe als ein wenig nachgiebiger Fuß. Den meisten Patienten wird man erst nach einigen Wochen die volle Höhe geben. Wenn ich auch davor warnen möchte, des Guten gleich zu viel zu tun, so darf man nicht übertrieben ängstlich sein. Jahrelange Beobachtung lehrte mich, daß viele Patienten das Hochstellen des Fersenbeins von Anfang an gut vertragen. Die Knochen zeigen an dieser Stelle eine so vorzügliche Unterfütterung durch Weichteile z. B. ist die *Fascia plantaris* gerade an dieser Stelle sehr derb, daß man hier einen Druck unbesorgt anbringen kann. Besonders möchte ich raten, bei Knicksenkfüßen der Kinder und Jugendlichen das vordere Fersenbeinende energisch zu unterstützen. Sie gewöhnen sich außerordentlich schnell selbst an eine hohe Untermauerung. Sie sehen, Fig. 3, aber auch, daß an meiner Einlage der mediale Gewölbebogen sehr gut herausgearbeitet ist. Ich betone das, um das Mißverständnis zu vermeiden, daß ich auf die Unterstützung des medialen Bogens wenig Wert lege. Das Gegenteil ist der Fall. Ein gut herausmodellierter medialer Bogen, ein richtig unterstütztes vorderes Fersenbeinende ergeben mit supinierter Ferse und pronierten adduciertem Vorfuß eine richtige Einlage. Aus welchem Material man die Einlage herstellt, ist eine Frage zweiter Ordnung. Persönliche Erfahrung und Liebhaberei sowie Geschicklichkeit der Werkstätte spielen hier eine Rolle. Ich persönlich bevorzuge elastisches Material, das bei der Belastung mit schwingt. Außer der richtigen Konstruktion soll die Einlage noch folgende Vorzüge haben: sie soll stabil, aber doch zierlich und leicht sein. Heutzutage haben die wenigsten Menschen die Mittel, sich einen Maßschuh bauen zu lassen. Das ist in den meisten Fällen auch gar nicht nötig, mit Kaufschuhen kommt man aus, man muß der Einlage nur eine zierliche Form geben. Ich zeige Ihnen hier verschiedene meiner Einlagen und bitte sich von der hervorragenden Wölbung auch des 4. und 5. Bogens zu überzeugen.

(Schluß folgt.)

Bücherbesprechungen.

„Gesundheitslehrer“, Zeitschrift gegen Mißstände im Heilwesen für Aerzte und Behörden. 33. Jahrgang, Ausgabe A, Heft 4. Jahresbezugspreis Mk. 6.—, zuzüglich Mk. 0,48 Postbestellgeld. Asklepios-Verlag G.m.b.H., Berlin-Wilmersdorf, Motzstr. 36. — Der „Gesundheitslehrer“, das Organ der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung des Kurpuschertums, hat mit Beginn dieses Jahres, dem 33. seines Erscheinens, durch Annahme des neuen Untertitels „Zeitschrift gegen Mißstände im Heilwesen für Aerzte und Behörden“ sein Arbeitsfeld erweitert und so bringt er denn in Heft 4 vom 15. Februar im Anschluß an einen Aufsatz des Stadtarztes Dr. Korach über kommunal-hygienische Arbeiten in Berlin, Bemerkungen über die Sozialisierung des Heilwesens, die trotz Widerstandes der Vertretung der Gesamtärzteschaft immer weiter vorzudringen scheint. Ein Aufsatz Ruhemanns, des Schriftführers der Hufeland Gesellschaft, zeigt die fruchtbare Tätigkeit dieser jetzt 120 Jahre bestehenden Vereinigung wissenschaftlich gebildeter Aerzte. — Der ruhigen Arbeit dieser gegenübergestellt ist die „Gallspachsene“, die augenblicklich grassiert. Der „Gesundheitslehrer“ bekämpft mit Entschiedenheit die „Gallspachsene“, d. h. die Institute, die sich jetzt allüberall auf-tun, will aber das Wirken von Zeileis mit Objektivität geprüft haben, wie sehr er auch Zeileis Massenbehandlung, wie jede Massenbehandlung Kranker, verurteilt.