

# **Badische Landesbibliothek Karlsruhe**

**Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe**

## **Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden. 1857-1933 1931**

9 (15.5.1931) Wissenschaftliche Beilage zu den Aertzlichen Mitteilungen  
aus und für Baden

# WISSENSCHAFTLICHE BEILAGE

## zu den Aerztlichen Mitteilungen aus und für Baden / 1931 Nr. 9

### Die neuere Entwicklung der Tuberkulosefürsorge.\*)

Von Dr. Geißler, Stadtobermedizinalrat, Karlsruhe.  
(Schluß.)

Also stets eine genaue Gesamtuntersuchung und Sicherung des Befundes durch mehrere Kontrollen! Die Blutsenkung kann auch der Praktiker sehr leicht machen, besonders mit Hilfe des Gerätes von May-Buchwald, an dem man nur nach 2 oder 3 Stunden die Werte ablesen muß (Grenzwerte 8 mm beim Manne, 12 mm bei der Frau, — anderweitige entzündliche Prozesse, Menses und Gravidität sind dabei auszuschließen —). Die Se.R. ist aber nur eine grobe Reaktion und kann immer nur zusammen mit anderen Befunden richtig gedeutet werden. Sodann dürfen wir die Auswurfuntersuchung nicht unterlassen. Wir untersuchen in jedem Falle, bei dem Auswurf herausgehustet werden kann. Oft schlucken die Patienten auch das Sputum, besonders Frauen und Kinder. Man muß sie dann belehren, und sehr genau ausfragen! Neuerdings macht man Kehlkopfstriche, — mit der wattenwickelten Kehlkopfsonde in den Kehlkopf eingehen, husten lassen und etwas von dem aufgefangenen Schleim dünn auf den Objektträger streichen! — Bei Kindern und auch bei Erwachsenen lassen sich verschluckte Tuberkulose-Bazillen manchmal im Stuhl nachweisen. In besondern Fällen ist auch die Untersuchung auf elastische Fasern nötig und bei der Suche nach Bazillen ist gelegentlich auf das Kulturverfahren und den Tierversuch zurückzugreifen. — Sodann sei auf die Wichtigkeit der Temperaturmessung hingewiesen; eine Ruhe-Temperatur von 37,5 rektal ist die Maximalgrenze, ebenso eine Bewegungstemperatur von 38 rektal nach einhalbstündigem Gehen. Für Tuberkulose spricht die erhöhte Temperatur natürlich nur dann, wenn andere Krankheiten, chronische Mandelentzündung, Nebenhöhleneiterungen, chronische Appendicitis, Cholecystitis, Basedow usw. ausgeschlossen werden können. Der Eingearbeitete kann evtl. noch das Blutbild auszählen. Dieses gibt sehr feine und vielseitig zu wertende Reaktionen. Linksverschiebung deutet auf frischen, Lymphocytose auf abheilenden Prozeß hin. — Intrakutane Tuberkulinproben werden ambulant fast nicht mehr angewandt, nur die Pirquetprobe, Ritzen der Haut und Auftragen von 1 Tropfen Alt-Tuberkulin hat sich gehalten. Besonders zu empfehlen ist aber die Moro'sche Hautprobe, das Einreiben von einem erbsengroßen Stückchen Moro'scher diagnostischer Tuberkulinsalbe (evtl. auch Hamburger'scher) in die Brusthaut, die gegebenenfalls vorher mit Aether zu entfetten ist. Bei Kindern unter 14 Jahren ist diese Probe sehr wertvoll, bei Jugend-

lichen bis zu 20 Jahren ist sie nur bei auf dem Lande wohnenden Personen und allenfalls in der Stadt bei hygienisch besser situierten Familien noch zu gebrauchen. Gegenindikation für den Moro ist das Bestehen von Phlyktänen oder skrofulösen Hornhautnarben, diese können aufflackern, ferner gelegentlich Schuppenflechte, ebenso darf man den Moro nicht immer anwenden beim Vorhandensein röntgenologisch festgestellter Primär- oder Sekundärfiltrate in der Lunge. Denn selbst eine geringe Tuberkulindosis kann in solchen Fällen bei bestehender großer Reizbereitschaft die Reizschwelle überschreiten und Schaden anrichten. — Wenn im übrigen der Moro früher positiv war, was durch Ausfragen meist leicht festzustellen ist, sollte er nicht wiederholt werden.

Nun noch einige Worte zu der vor 2 Jahren noch so heiß umstrittenen Frage, ob die Tuberkulose aus einem Spitzenprozeß oder aus dem Frühinfiltrat entsteht: Wir haben hundertfach gesehen, daß in der Praxis beides vorkommt, die Tuberkulose kann den klassischen apiko-kaudalen Verlauf zeigen und langsam in Schüben weitergehen, sie kann sich aber auch erstmals manifestieren in Form des Frühinfiltrates, das eine entzündliche perifokale Reaktion um einen stark toxisch wirkenden Tuberkuloseherd darstellt. Die Frage, ob in solchen Fällen vor dem Infiltrat schon ein Lungenherd da gewesen ist, etwa in der Spitze, oder nicht, ist für den Fürsorgearzt und den Praktiker belanglos.

Zum Schlusse noch einige kurze Andeutungen bezüglich der Therapie, die der Fürsorgearzt ja wohl ganz dem Praktiker überläßt, über die er aber auf Wunsch bereit ist, Vorschläge zu machen.

Die Fürsorgeärzte stehen auf dem Standpunkt, daß alle Fälle von aktiver Lungentuberkulose möglichst frühzeitig einer Heilstättenbehandlung zugewiesen werden sollten. Die Fürsorgestellen können für jeden, auch den Minderbemittelten, die Kurkosten aufbringen. Insbesondere ist Heilkur nötig für sogenannte Frühinfiltrate. Denn man sieht nicht selten derartige Formen sehr rasch sich verschlimmern und einschmelzen. Die Sozialversicherungen behandeln neuerdings derartige Fälle als vordringlich. Trotzdem wird, um keine Zeit zu verlieren, häufig zweckmäßig vor der Heilstätte eine Krankenhausbehandlung eingeleitet werden müssen, nämlich dann, wenn beginnender Zerfall im Röntgenbild zu erkennen ist. Dann ist Pneumotorax dringendst indiziert. Neuerdings wendet man auch doppelseitigen Pneumothorax an. Im übrigen ist auch heute noch bei den mehr produktiven und auch bei doppelseitigen exudativen Fällen mit Verwachsungen die klassische Freiluftliegekur nach Brehmer-Dettweiler die übliche Behandlung. Diese ist am besten in einer Heilanstalt durchzuführen. Wichtig ist dabei die Milieuveränderung, die Herausnahme aus den meist unhygienischen Wohnungsverhältnissen, die Herausnahme aus der

\* Vortrag, gehalten bei dem ärztlichen Fortbildungskurse zu Karlsruhe, 14. 12. 1930.

Stadtluft. Die Heilstätte kann wie keine andere Einrichtung den Patienten zu zweckmäßiger Lebenshaltung erziehen. Erst bei einem dort geschulten Kranken kann der Hausarzt richtig arbeiten.

Hinsichtlich differenter Heilmittel gilt bei Lungentuberkulose, insbesondere frischen Fällen: Cavete Heliotherapie, cavete Tuberkulin, cavete Höhensonne. Auch bei den kindlichen Tuberkuloseformen, bei der sog. Hilustuberkulose ohne perihiläre Infiltrierungen, läßt Klare Höhensonne nur zu, wenn die Blutsenkung nicht erhöht ist; sonst ist sie perhoesiert. Bei frischen exudativen Fällen mit subfebrilen Temperaturen ist außerdem jede anstrengendere Bewegung, auch das Spazierengehen, zu vermeiden. Es ist auch heute noch zu beobachten, daß hiergegen gefehlt wird. Man sollte solche Patienten nicht in die Sprechstunde bestellen, sondern müßte sie zu Hause besuchen.

Nicht in die Heilstätte gehören die inaktiven Spitzentuberkulosen, auch wenn es sich um Patienten handelt, die ein chronisch schlechtes Aussehen haben. Dafür ist Erholungsheim, allenfalls Kur in ländlichem Krankenhaus, angezeigt. Die aktiven Spitzenprozesse dagegen haben ihre alte Stellung und Bedeutung beibehalten. In 3—7% der Fälle können sich aus ihnen offene Tuberkulosen entwickeln. Unbedingt dem Heilverfahren zugeführt gehören auch alle Kranken mit Pleuritis, besonders wenn diese mit Exsudation einhergeht. Baer-München nimmt aufgrund neuerer Untersuchungen an, daß solche Patienten in etwa 15 Proz. der Fälle im Laufe der nächsten 5 Jahre von einer offenen Lungentuberkulose befallen werden. Ebenso gehören in die Heilstätte die nicht ganz seltenen Fälle von Hilustuberkulose bei Erwachsenen.

Die Nachbehandlung, die ja jahrelang dauern muß, stellt für den Praktiker ein weites Betätigungsfeld dar. Es kommen immer wieder Schwankungen im Befinden des Patienten, besonders in den Uebergangszeiten, Frühling und Herbst, Föhnperioden sind eine starke Belastung für ihn. Häufig besteht Anfälligkeit gegen Erkältungskrankheiten. All das erfordert sorgfältige Behandlung. Oftmals kommen kleine örtliche Rückfälle in Form von Narbenkatarrhen vor. Bei stärkeren Störungen des Allgemeinbefindens, besonders beim Auftreten von Fieber, ist dabei jeweils erneut röntgenologische Untersuchung notwendig, damit etwaige Neuherdbildung nicht übersehen wird. Ist eine solche nachgewiesen, dann wird Heilstättenwiederholungskur erforderlich. —

### III.

Wir haben gesehen, daß durch die Organisation der Abwehr der Tuberkulose heute schon recht vieles geleistet wird, daß man jedenfalls Einrichtungen geschaffen hat, die von den Kranken und ihren Ärzten ausgenutzt werden können. Es ist offenkundig, daß die ärztliche und fürsorgliche Arbeit sehr gute Erfolge nachweisen kann. Wenn trotzdem noch nicht alles so ist, und wie es sein sollte, und wie man es wünschen möchte, so hat das dreierlei Ursachen:

1. Es gibt Tuberkulosefälle, die trotz aller ärztlichen Kunst und Fürsorge schlecht verlaufen.
2. Ein nicht unbeträchtlicher Bruchteil der Patienten ist unbelehrbar und asozial. Diese verfallen trotz aller Fürsorge auch heute noch nach

dem biologischen Auslesegesetz der Ausmerzung, sie selbst und ein Teil ihrer Nachkommen, weil sie sich an die Bedingungen der Kultur, die Möglichkeiten der Fürsorge, nicht anpassen können.

3. Endlich sind unsere Leistungen notwendigerweise begrenzt durch die äußeren wirtschaftlichen Verhältnisse, die Beschränkung der finanziellen Mittel, die uns zur Verfügung stehen.

Professor Dr. Ludolf Krehl:

### Angina pectoris.

Die Anfälle von furchtbarstem, eigenartigem, mit Gefühl der Vernichtung und der Todesangst einhergehenden Schmerz werden seit Heberdens Beschreibung als Angina pectoris (Stenokardie) bezeichnet. Schmerz und Angst erreichen in verschiedenen Fällen sehr wechselnd hohe Grade, in den schwersten können beide furchtbar und für die Kranken unerträglich werden. Einzelne Kranke klagen nur über unsagbare Angst, andere nur über grauenvollen Schmerz, meist sind beide Empfindungen verbunden. Der Schmerz sitzt hinter der Brustwand, oft hinter dem Brustbein, häufig mehr links, manchmal im Epigastrium oder an ganz andern Stellen. Ausstrahlungen besonders nach dem linken Plexus brachialis und namentlich in das Gebiet des Nervus ulnaris (richtiger in die Wurzelgebiete C bis D) spielen eine große Rolle. Bei manchen Kranken stellt sich der Schmerz beim Gehen nach dem Essen ein. Zustände des Magens spielen überhaupt eine Rolle und höchst bedeutungsvoll pathogenetisch sind psychische Erregungen. Aber der Anfall kann den Kranken auch nachts, mitten im ruhigen Schlafe überfallen. Zwischen diesen beiden Formen des Anfalls, der bei Bewegung und der in Ruhe auftretenden, ist zu unterscheiden.

Da der Zustand in der Regel nur Minuten dauert, schnell zu kommen und schnell zu gehen pflegt, so muß ihm ein flüchtiges Geschehen zugrunde liegen. Anatomisch findet sich fast immer eine Wandveränderung großer Koronararterien, die zu einer Stenose führt, sei es direkt an ihrem Ursprung aus der Aorta, sei es im ersten Verlauf. Erkrankungen der kleineren Aeste, die die Herzinfarkte im Gefolge haben, pflegen nicht mit Angina einherzugehen. Dagegen tun dies häufig syphilitische oder sklerotische Veränderungen der Aortenwurzel, so daß von ausgezeichneten Forschern die Meinung vertreten wird, die anatomische Grundlage der Angina sei die Veränderung der Aortenwurzel. Ich teile diese Ansicht nicht, sondern halte fest an der Vorstellung, daß es auf die Veränderung der Koronarahauptstämme ankommt, deren Mündung bei Aortitis sehr häufig verengt ist. In dieser Ansicht bestärken mich meine eigenen Erfahrungen sowie meine Kenntnisse der Literatur. Es gibt zahlreiche Gründe, die sich für die Bedeutung der Kranzarterien anführen lassen, z. B. hören die Anfälle auf, wenn die Arterie sich endgültig verschließt. Auch ich halte die Erkrankung der Aortenbasis für außerordentlich wichtig und häufig, aber sie wirkt für die eigentlichen schweren Anfälle m. E. durch ihren Einfluß auf die Mündung der Kranzarterien. Von den Gefäßwänden können Schmerzen ausgehen, das hat Nothnagel schon gezeigt. Ich meine,

daß man mit Aortenschmerzen rechnen muß. Nur möchte ich die echten schweren Anginaanfalle bei Aortenerkrankungen von der Mündung der Kranzarterien ableiten. Die Koronarerkrankung kann nur Grundlage und Voraussetzung des Anfalls bilden; auf ihrem Boden muß ein variables Element erwachsen. Man sah es früher in einem neuralgieartigen Zustand, man pflegt es jetzt in Spasmen mehr oder weniger zahlreicher Herzarterien zu sehen. Natürlich hat solchen Krampf niemand je gesehen, seine Annahme bleibt also eine Hypothese. Aber es läßt sich vieles für sie anführen: der Vergleich mit der Dysbasia angiosclerotica, die günstige Wirkung gefäßerweiternder Mittel, das Vorhandensein rein funktionell entstehender Anginen, wie z.B. nach Tabakvergiftung, ferner vom Magen aus (reflektorisch?) erzeugter, vor allem die gar nicht hoch genug einzuschätzende Bedeutung seelischer Ereignisse. Endlich die Tatsache, daß arterielle Krämpfe von keiner anderen Stelle so leicht ausgelöst werden, als von den zuführenden größeren Arterien. Auch die Verbindung der Angina mit allgemeinen Gefäßkrämpfen paßt dazu. Plötzlicher Verschuß einer Kranzarterie oder eines Hauptastes mit der sich anschließenden Blutleere und dem sich bildenden Herzinfarkt geht ebenfalls mit furchtbarem, stundenlang anhaltendem Schmerz einher.

Die von E. Hering hervorgehobene Erfahrung des plötzlichen Absterbens vom Herzen durch Flimmern der Kammermuskulatur läßt sich auch vortrefflich mit der Bedeutung einer Veränderung der Kranzarterien vereinigen, denn im Anfall von Angina pectoris sterben die Kranken nicht selten ganz plötzlich.

Im Muskel entsteht Schmerz bei Blutleere. Ich bin der Ansicht, daß der anginöse Schmerz vom Herzen ausgeht, vielleicht von Zuständen der Blutleere, und durch die extrakardialen Nerven, wahrscheinlich den Vagus geleitet wird. Hervorragende englische Forscher halten den anginösen Schmerz für einen viszerosensibeln und lassen ihn in den entsprechenden Zerebrospinalnerven entstehen. Sie führen die hyperästhetischen Hautzonen als eine der Begründungen an. Ich bin aber fest überzeugt, daß der anginöse Schmerz wegen seiner Art etwas Besonderes ist und in vegetativen Nerven entsteht. Die Anhänger der Aortengrundlage der Angina lassen den Schmerz durch den Nervus depressor vermittelt werden, also auch durch einen Ast des Vagus. Die mit Verschuß von Kranzarterien einhergehenden Stenokardien sind nicht selten mit eigenartigen Folgeerscheinungen verbunden, die von der Schädigung der Herzmuskelfasern abhängen: Fieber, Glykosurie, perikardiales Reiben.

Aus: Entstehung, Erkennung u. Behandlung innerer Krankheiten. B. I.; Die Entstehung innerer Krankheiten. Patholog. Physiologie. Verlag F. C. W. Vogel in Berlin, 1930.

### Der Infekt.

Die meisten Menschen, die einen Infekt erwarben, haben Fieber mit eigenartigen, unangenehmen Empfindungen, die ganz besonders während des Ansteigens der Temperatur sich geltend machen: Frösteln, abwechselnd mit Hitzegefühl, sowie Erscheinungen eines allgemeinen schlechten Befindens. Einmal seelischer Natur. In der Nacht träumen sie unangenehm und äng-

stigend; sie wachen leicht auf aus dem Schlafe und schlafen schlecht ein. Bei Tage sind sie teils müde, teils erregt, oft krankhaft eindrucksfähig, in anderen Fällen apathisch. Sie haben Kopfschmerzen, können sich nicht recht konzentrieren, die Gedanken nicht sammeln, sich nicht beschäftigen. Der Appetit ist schlecht. Diese Erscheinungen sind bei verschiedenen Infekten und bei verschiedenen Arten Menschen sehr verschieden ausgeprägt. Sie können ganz fehlen, das ist aber selten. In welcher Form und Stärke die Erscheinungen sich darstellen, das ist auf der einen Seite gegeben durch Art und Wucht des Infekts, auf der anderen aber in hohem Maße auch durch die Beschaffenheit der Persönlichkeit und ihre Form zu reagieren. Steigt das Fieber schnell und stark, so bekommen die Kranken einen Schüttelfrost: sie sehen livid und verfallen aus, klappern mit den Zähnen, schütteln mit den Gliedern. Ein schwerer Frost ist immer ein Zeichen dafür, daß größere Mengen pyrogener Stoffe (Mikroben) plötzlich in den Kreislauf eintreten. Wiederholte Fröste findet man deswegen am häufigsten bei allen Formen der Thrombophlebitis, besonders auch bei der der Pfortader sowie bei schwerer Cholangitis. Es findet sich dann weiter den Infekten gemeinsam eine Reihe körperlicher Erscheinungen. Wer die Milz zu tasten versteht, fühlt fast immer einen weichen Milztumor. Die Zunge ist belegt, der Appetit schlecht oder aufgehoben. Der Puls in den meisten Fällen beschleunigt; die Beziehung zwischen Stärke der Pulsbeschleunigung und Höhe der Temperatur ist diagnostisch wichtig: auf der einen Seite Scharlach, auf der andern Typhus! Veränderungen in Zahl und Art der weißen Blutzellen sind fast immer da. Ebenso enthält der meist spärliche und immer stark gefärbte Harn häufig kleine Mengen von Eiweiß mit vereinzelt Blutkörperchen und einigen, vorwiegend hyalinen Zylindern. Die Vermehrung und Veränderung der Harnfarbe möchte ich für recht charakteristisch halten.

Alles das ist sehr verschieden stark und in verschiedener Form ausgeprägt, ungleich nach der Art des Infekts und ungleich nach der Art der Persönlichkeit. Außer manchen menschlichen Dingen, z. B. Wohl und Wehe des äußeren Schicksals, gibt es kaum ein anderes exogenes Ereignis, bei dem sich die Natur des Menschen so zeigt, wie bei Krankheit und besonders im Infekt, es sei denn, daß er durch seine Art und Schwere die seelische Persönlichkeit vernichtet. Die genannten Symptome sind mehr oder weniger allen Infekten gemeinsam. Der einzelne zeichnet sich, wenn man von dem rein menschlichen absieht, das, wie gesagt, jeder Infektionskrankheit ihr besonderes Gepräge geben kann, aus durch die Form und die Entwicklung der genannten Erscheinungen zeitlich, sowie nach der Stärke, und vor allem durch den Ausdruck örtlicher Veränderungen, die sich ihnen zugesellen. Abgesehen von diesen allgemeinen Einflüssen werden besondere diagnostische Schwierigkeiten noch dadurch geschaffen, daß es schwere und leichte, bis zur Indifferenz verwischte Fälle gibt, daß der Infekt Menschen treffen kann, die durch spezifische Immunität verändert sind, weil sie die gleiche Krankheit schon früher durchmachten, oder solche, die eine gesteigerte unspezifische Resistenz aufweisen. Ferner Menschen, die gleichzeitig eine andere Krankheit haben. Endlich, daß der Arzt zu sehr verschiedenen Zeiten der Erkrankung

# Sanalgin- Tabletten

(Amido piazon-Coffein citric. Acet-p-phenetid.)  
von zahlreichen Aerzten und Zahnärzten begutachtet und als hervor-  
ragendes Spezifikum anerkannt gegen  
**Migraine, Neuralgie, Kopfschmerzen, Fieber.**  
Wirkung äußerst prompt und ohne unangenehme Nebenwirkungen.  
Das Röhrchen mit 10 Tabl. = RM. 2.—. Für Aerzte, Spitäler, Kliniken  
hoher Rabatt und Spitalpackungen zu sehr reduzierten Preisen.  
Zu beziehen durch alle Apotheken oder direkt vom Pharmazent.  
Laborat. Sanal, Lörrach (Baden). Gratismuster zu Diensten. 42,29

Leistung an die zuständige VSt denkbar. Eine Klage des Arztes gegen die Kasse auf Leistung an sich selbst würde die vertragliche Leistungspflicht der Kasse in Ansehung des Erfüllungsortes unzulässigerweise verändern. Aus dem Rechtsverhältnis zwischen Arzt und VSt folgt ferner, daß der Arzt für Verschulden seiner VSt der Kasse gegenüber haftet. So z. B. kommt der einzelne Arzt in Gläubigerverzug, wenn seine Verrechnungsstelle die eingereichten Rechnungen verspätet an die Kasse weiterleitet. Unregelmäßigkeiten bei der VSt treffen den Arzt, nicht die Kasse.

Prozeßrechtlich besteht in Baden weder für die Aerztliche Landeszentrale noch für den Verband badischer Krankenkassen eine Möglichkeit, in Honorarklagen eines Kassenarztes gegen seine Kasse einzugreifen. Es gibt nur einen Weg, der Kassenarzt tritt seine Honorarforderung an die Aerztliche Landeszentrale vor Rechtshängigkeit der Klage ab. Dagegen ist in solchem Falle immer nur die betr. Kasse, und nicht der Verband badischer Krankenkassen, die richtige Beklagte; denn der Verband als solcher schuldet dem Arzt nichts, es sei denn, er hat die Schuld von der Kasse übernommen. Die Aerztliche Landeszentrale hat als solche von der einzelnen Kasse nichts zu fordern. Eine Klageänderung dergestalt, daß an die Parteistelle von Arzt und Einzelkasse die Aerztliche Landeszentrale und der Verband badischer Krankenkassen treten, wie sie in einem Fall gewünscht war, ist daher unzulässig. Zur Beeinflussung des Prozeßganges bleibt gegebenenfalls nur der Weg der Nebenintervention.

Dies sei nur ein Ausschnitt aus der Fülle der Fragen, die durch die außerordentliche spröde Materie des Kassenarztrechts aufgeworfen werden, und die in ihren Verästelungen in viele Rechtsgebiete hinübergreifen. So kann auch die Rechtsnatur der VSt bedeutsam werden im Vollstreckungsrecht, wenn es sich um die Frage handelt, ob die Forderung des Kassenarztes an seine VSt auf Abführung der Honorare ihren Rechtscharakter als Lohnforderung durch Auszahlung an die VSt verloren hat und dadurch unbeschränkt pfändbar ist; eine Frage, die durch die oben erwähnte Entscheidung des LG. Stuttgart verneint wurde, während der Kommentator zu dieser Entscheidung sie bejaht und die Forderung als eine solche aus § 667 BGB. begriffen sehen will.

## Bücherbesprechungen.

Professor Dr. Ludolf Krehl: „Entstehung, Erkennung und Behandlung innerer Krankheiten“, Erster Band: Die Entstehung innerer Krankheiten: Pathologische Physiologie. 686 S. 13. Aufl. RM. 42.—, geb. RM. 45.— 1930.

Zweiter Band: Die Erkennung innerer Krankheiten: 172 S. RM. 12,80, geb. RM. 14,80. 1931. Verlag von F. C. W. Vogel in Berlin.

Es sind wohl bald 40 Jahre her, daß die Pathologische Physiologie von L. Krehl zum ersten Male erschienen ist. Jetzt ist die 13. Auflage herausgekommen. Sie ist eingeord-

net als erster Band des Werkes, das in drei Bänden erscheinen wird: Entstehung, Erkennung und Behandlung innerer Krankheiten.

Aus dem einst kleinen Büchlein, das wohl Krehls Schicksal geworden ist, ist ein mächtiges Buch von fast 700 Seiten geworden. Wahrlich, das Werk hat Wurzel geschlagen, hat sich zu einem edlen Früchte tragenden Baum ausgewachsen. Ich kenne kein medizinisches Buch, das auf unsere Generation einen solchen tiefen und nachhaltigen Einfluß ausgeübt hat und noch ausübt, kein Werk, in dem so stark die Persönlichkeit seines Erschaffers lebt, wie dieses. Das ist es: die Gestalt des großen Arztes und Gelehrten, die hinter diesem Werke steht, fasziniert von der ersten Seite an. Daher die unerhörte Wirkung.

Es ist mehr als ein Lehrbuch; es ist ein Handbuch im Sinne des Wortes: ein Buch, das man immer zur Hand haben soll, das einen nie im Stich läßt, wenn man sich über den Stand einer medizinischen Frage belehren lassen will. Kein Buch zum nur Durchlesen oder Durchblättern. Das geht auch nicht! Denn es verlangt von seinem Leser viel. Es ist bewundernswert konzentriert geschrieben. Schwierige, ungelöste Probleme werden in wenigen Sätzen kritisch zusammengefaßt; scheinbar gelöste Fragen werden bezweifelt mit überlegener Kritik. Kein Punkt, der abschließt; ein Fragezeichen, das in die Zukunft weist. Es ist so das anregendste Buch geworden; überall neue Problemstellung. Wir können dafür Krehl nicht dankbar genug sein.

Immer wieder erstaunlich die Literaturbeherrschung und -verarbeitung (ausgezeichnet die Literaturangaben!).

Ich liebe den Stil Krehls: er ist modern, lebendig. Man glaubt immer wieder den Autor sprechen zu sehen; es wird „das Ohr gleichsam Zuschauer“.

In 14 Kapiteln werden die einzelnen Organe behandelt, immer aber in Zusammenhang mit dem Gesamtorganismus. Sie ergeben so ein Gesamtbild der krankhaften Erscheinungen am Menschen wie es in dieser Vollendung nur ein Meister wie Krehl uns aufs Neue schenken konnte!

Der zweite Band ist viel kürzer; behandelt die Erkennung innerer Krankheiten (und ist Geheimrat Schwoerer gewidmet).

Im kurzen Vorwort sagt Krehl, was er in dem Band beabsichtigt: die Grundsätze der Erkennung und Beurteilung innerer Krankheiten darzustellen. Er will es ansehen als Ergänzung der Lehrbücher der klinischen Diagnostik, vor allem der Bücher von Fr. Müller und G. Klemperer und der speziellen Diagnostik (Differentialdiagnose von Matthes). Es führt über die Propädeutik hinaus in die Klinik und zur Differentialdiagnose. Das erste Kapitel ist überschrieben: Arzt, Diagnose, Beurteilung. Es ist so ausgezeichnet und so bedeutsam, daß ich mir nicht versagen kann, in kurzen Stichworten einzelne Gedanken wörtlich hier wiederzugeben. Dieses Kapitel muß einfach jeder Arzt gelesen haben!

Hier stellt sich Krehl zu den Problemen des Arztes unserer Zeit. Arzt und soziale Organisation: „Früher hatte der Arzt im wesentlichen mit dem Kranken zu tun, der ihn wählte, jetzt ist er zugleich — und viele sind das sogar noch vielmehr, als nur Arzt gegenüber dem Kranken — in der großen sozialen Organisation tätig. Das verändert das Bild seiner Arbeit und seine Stellung von Grund aus“. „Zu diesen beiden Dingen (d. h. Wissenschaft und Kunst) kommt schließlich noch das rein menschliche im Handeln des Arztes. Aber vielmehr als durch das genannte wird die Tätigkeit des — ich sage leider — größeren Teils der modernen Aerzte bestimmt durch soziale und nicht selten auch durch eine Art juristischer Pflichten“.

Arzt und Gelehrter: „Schwierigkeiten, ja Gegensätze, die sich in einer höheren Synthese ausgleichen lassen“. „Fragen und Zweifeln gehört zur Eigenart des Gelehrten, Sicherheit

und Bestimmtheit zu der des Arztes, und doch: könnte ein ernster Arzt ohne Zweifel und Fragen sein?"

**Arzt und Patient:** „Auch der Arzt muß mit dem Kranken seine Krankheit von innen ansehen. Nur dann ist er, menschlich gesprochen, der Arzt des Kranken. Durch das Verhältnis des Arztes zum Kranken, ja schon durch die einfache ärztliche Beobachtung wird aber nicht nur der Kranke, sondern in mehr oder weniger starker Weise auch der Arzt umgewandelt und gestaltet“.

**Arzt und Kasse:** Alle Tätigkeit dieser Ärzte (beamteter Arzt, Gerichtsarzt, Gutachter) gleicht sich darin, daß der Arzt wichtige, ja grundlegende Auskünfte über seinen Kranken nicht nur diesem selbst, sondern anderen gibt, die äußere Macht über ihn haben, daß sie also mit der eigentlich ärztlichen Verrichtung und mit dem reinen Vertrauensverhältnis gar nichts mehr zu tun haben. Die Beziehung des Untersuchten zu dem Untersuchenden ist hier nicht mehr das vom Kranken zum Arzt, vom Menschen zu seinem Helfer, sondern, wenn man es hart ausdrückt, das vom Delinquenten zum Richter“.

**Soziale Neurose:** „Vor allem dann, wenn der Kranke zu einem ihm fremden Arzt geschickt wird, der ihn nicht kennt und der nichts anderes tun soll, als seine Arbeitsfähigkeit bestimmen. Hier hört die Beurteilung im gewöhnlichen ärztlichen Sinne insofern auf, als hier der Beurteiler, will er sich nicht leicht arg versehen und nach beiden Seiten hin nicht Unrecht tun, über eine große Reihe sozialer, juristischer, aber vor allem auch gewerbetechnischer Kenntnisse verfügen muß, die der Kliniker und der Arzt nicht mehr haben kann. Das Herz auf dem rechten Fleck, vielleicht das Allerwichtigste, müssen beide haben. Hier kommen die Verhältnisse, die meines Erachtens dem praktischen Arzte abgenommen werden müssen. Aber das ist nur möglich bei einer großen und guten Neuregelung aller sozialmedizinischen Verhältnisse, wie sie v. Weizsäcker im Auge hat.“

**Anamnese:** „Je älter ein Arzt wird, desto mehr Eifer und Fleiß widmet er zunächst dem Gespräch mit dem Kranken, der sog. Anamnese. Zur seelischen Untersuchung: Gewiß gibt es gerade jetzt reichlich Krankheitszustände, die sich scheinbar nur auf dem Gebiet der Organveränderungen abspielen und ihrem Ursprünge nach doch ganz in das seelische Gebiet hineingehören. Wer darauf nicht zu achten versteht, kann sehr viel versäumen, das sehe ich täglich. Ja der Arzt kann ohne das nicht mehr Arzt sein. Aber auf der andern Seite ist das unangebrachte Ausfragen nach tieferen seelischen Vorgängen eine Mode geworden, die oft unnötig ist und oft verletzt, den feiner organisierten Menschen verletzen muß. Es kommt hier alles auf Takt und Einsicht des Arztes an. Er soll das tun, was zur Aufklärung notwendig ist. Das natürlich unbeschränkt. Aber nicht mehr.“

Die Diagnose soll ergänzt werden durch eine Beurteilung des Kranken. „Scharf präzisierte Diagnose schützt vor Verschommenheit und bewahrt uns vor vielen Irrlichterieren.“

„Aber die Diagnose muß in jedem einzelnen Falle umfaßt werden durch ein eingehendes Urteil über die Ursache, die Entstehung, die Entwicklung und das physiologische Geschehen der Krankheitserscheinungen sowie über die morphologischen Veränderungen aller Gewebe, die das Krankheitsgeschehen begleiten bzw. ihm zugrunde liegen. Ferner über die Funktionsstörungen aller Organe, endlich über den seelischen Zustand des Kranken.“

Wir finden ausgezeichnete Worte über Typik, individuelle Gestaltung der Krankheitsbilder, über körperlich-seelisch bedingte Symptome. („Bedeutsam ist die seelische Kraft, mit der wir die Verrichtung unserer Organe bewußt zu stählen vermögen. Als bedeutsamer aber erscheint mir noch die Form der Krankheitserscheinungen als Reaktionsart des körperlichen und seelischen Charakters des einzelnen

## Intestinale Stauung



verursacht mechanische Reibung und erfordert Schlüpfrigmachung. Das Darmgleitmittel Nujol erleichtert das Weiter-

gleiten des Darminhalts in den Dickdarm und verhütet Kotstauung und Absorption der Darmgifte

# Nujol

das ideale Darmgleitmittel

1/4 Fl. OZ. 1.25, 1/2 Fl. OZ. 2.—, 1 Fl. OZ. 4.50. Proben und Literatur kostenfrei durch Nujol-Abteilung, Neuer Jungfernstieg 21, Hamburg 36

## Druckarbeiten

liefert rasch

**MALSCH & VOGEL**  
Karlsruhe, Adlerstr. 21

## 1 Mikroskop

(Leitz Wetzlar)

1 galvanischer Apparat  
1 faradischer Apparat  
1 Lichttransformator

wegen Todesfall preiswert zu verkaufen. Frau Dr. Kurt Hems Ww. Karlsruhe, Poststr. 10.

11,31

## Hosal

Klinisch erprobtes, kochsalzfreies Diätsalz zum Salzen von Speisen aller Art, auch der Rohkost, bei salzfreier und salzarter Ernährung, insbes. bei Nieren- und Herzerkrankungen, Arteriosklerose, Epilepsie, Eklampsie

## Rhodapurin

die grundlegende Rhodantherapie gegen die Beschwerden des arteriellen Hochdruckes, wie Schwindel, Ohrensausen usw., auch für Dauerkuren, weitgehende Prophylaxe des Schlaganfalles.

## Kamillargen

Tabletten, feinstdispertierte, vor Reduktion geschützte, ionogene Silberverbindung bei allen Formen der Schleimhaut-Entzündung des Magens und Darmes und deren Folgezuständen.

## Bromhosal

Hosal mit 60 Prozent Brom, ermöglicht eine bequeme Durchführung der kochsalzfreien Diät und gewährleistet daher die wirksamste Bromtherapie mit kleinsten Dosen auch bei Epilepsie.

**CHEMISCH-PHARMAZEUTISCHE A. G.**  
**BAD HOMBURG**

Menschen, also der bewußten Vorgänge, dessen, wie der Mensch als Ganzes ist.")

Die nächsten Kapitel (10) bringen: Untersuchung des Kranken; Allgemeine und örtliche Folgen von Infekten und Vergiftungen. Das Fieber; Die Infektionskrankheiten; Der Kreislauf; Die Atmung (Es gibt wenige Krankheitsgruppen, über deren Ursache und Entstehung man so wenig weiß wie die einfache chronische Bronchitis). (Warum auf Grund falscher Erkenntnisse und Feststellung der Lungengrenzen zu oft Emphysem angenommen wird, ist mir unerfindlich.) Die Verdauung; Nieren und Harnwege; Nervensystem, Muskeln, Knochen. Im letzten Kapitel nimmt Krehl nochmals Stellung zur sozialen Neurose.

Das ist alles wieder geschrieben vom Standpunkt des großen Arztes und Lehrers: persönlich, nie dogmatisch, mit gewissenhafter Kritik.

Keine Methoden: sie sind bekannt. Aber wann und wie diese Untersuchungsmethoden anzuwenden sind, was mit ihnen zu erreichen ist — wie der Arzt also zur Diagnose kommt, das steht in diesem ausgezeichneten Buche, dessen Lektüre jedem Arzt Genuß und Gewinn bringt.

Besonders wir badischen Aerzte, die wir wohl alle in Krehl unseren Lehrer sehen, müssen ihm danken für dieses schöne Buch. Wir freuen uns auf den dritten Band, die Behandlung innerer Krankheiten, der das große Werk vollenden soll.

W.

### Aus den Vereinen.

In den „Aerztlichen Verein Heidelberg-Stadt“ haben sich zur Aufnahme gemeldet: Dr. Schmiedekamp, Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten und Fr. Dr. Bachard, prakt. Aerztin. Evtl. Einspruch innerhalb 10 Tagen erbeten an den Vorsitzenden, Dr. Barsickow, Hauptstraße 126.

Zum Eintritt in den „Verein Karlsruher Aerzte, E.V.“ hat sich gemeldet: Dr. med. Hermann Jacob, Facharzt für innere Krankheiten, Karlsruhe, Adlerstraße 6. Etwalge Einsprache ist binnen 14 Tagen zu richten an den Vorsitzenden, Dr. Kander, Karlsruhe, Kaiserstraße 145.

### Personalveränderungen.

(Ohne Gewähr.)

#### Niederlassungen:

Heidelberg: Dr. med. Erna Bosch.  
Heidelberg: Dr. med. Friedrich Curtius.  
Heidelberg: Dr. med. Karl Wilhelm Hahne.  
Heidelberg: Dr. med. Emil August Alfred Thren.  
Heidelberg: Dr. med. Hans Weiß.  
Karlsruhe: Dr. med. Hermann Jacob.  
Mannheim: Dr. med. Benedikt Hummel.  
Marzell, Hellstätte Friedrichsheim: Dr. med. Hans Herbst.  
Staufen: Dr. med. Hildegard Erley.

#### Verzogen:

Dr. med. Ernst Karl Reinhold Westhoven von Heidelberg nach Kürnbach, A. Bretten.  
Dr. med. Ludwig Honecker von Mannheim nach Karlsruhe.

#### Aus Baden Verzogen:

Konstanz: Dr. med. Otto Mader.  
Singen: Dr. med. Theodor Cronmüller.

#### Gestorben:

Pforzheim: Dr. med. Eugen Adam.

Schluß des Schriftleitungsteils.

### Referate.

**Saison-Beginn in Bad Orb im Spessart.** In dem aufblühenden Heilbad Orb im Spessart hat die Kursaison trotz der mäßlichen wirtschaftlichen Verhältnisse günstig eingesetzt. Bis zum 30. April konnten bereits 1151 Kurgäste und 229 Passanten aufgenommen werden. Das Orbtal erstrahlt im schönsten Sonnenschein und in seltener Blütenpracht. Die klimatischen Vorzüge Bad Orbs ergänzen wirksam die übrigen natürlichen Heilmittel, so daß die Erfolge, speziell bei Herz- und Rheumaleiden bis in weiteste Kreise bekannt wurden. Auch als Ausflugsort für Pfingsten ist Bad Orb bestens zu empfehlen. — Die Kurverwaltung in Bad Orb im Spessart hat für die Kurmusik das Leipziger Philharmonische Orchester verpflichtet. Die Konzerte haben bereits begonnen und sind mit größtem Beifall aufgenommen worden.

**Herren vom Fjord.** Roman von Karl Friedrich Kurz. Der Fjord. Ja, es ist wieder Frühling. Aber die Zeit der hellen Nächte hat noch nicht begonnen. Schnee liegt auf den Gipfeln der Berge; hier ein vergessenes Häuflein, dort ein vergessenes Häuflein. Armseliger, kranker Schnee, der nicht mehr deine Kraft herausfordert, der nur noch dort oben herumliegt und dahinschwimmt. Die Märzstürme haben ausgetobt. Darum dehnt sich das Wasser im Fjord so müde und so finster. Die Berge mit ihren Wäldern und Felsen und mit ihren sterbenden Schneeflecken spiegeln sich darin. Es zeigen sich darin auch die wenigen Gehöfte, mit den Dächern nach unten, in lieblicher Traumverwirrung.

Und nun glaubt wohl jedermann, alles sei friedlich und still und überaus gottgefällig in diesem Fjord, und alles sei so gut, daß es gar nicht besser sein könnte... Aber sieh, dort kommt ein dunkler Vogel vom nahen Meer hereingeschwommen. Das ist wahrlich nichts Großes und Erstaunliches; nein; es handelt sich wohl nur um eine braune Eiderente, die ihren Schlafstein aufsucht — kaum ein Punkt, der sich immer weiter in die makellose Glätte des Fjordspiegels hineinfrüßt. Und sieh, mein Lieber, wo bleibt nun Friede und Ruhe? Wo bleibt das starre Gefüge von Bergen, Himmel und Wäldern? Ach du — es ist ja fast zum Lachen! Ein kleiner, unwissender, zweckloser Vogel hat mit seiner unnützen Fahrt das alles miteinander in Unordnung gebracht. Ja, er schwamm schön vorbei. Er verschwand dort hinter der dunklen Landzunge von Sjöhaugen. Aber die Wellen, die er erzeugte, die bleiben hinter ihm. Und jetzt rollen und gleiten sie weiter; unschuldige, kleine Wellen — aber sie zerpfücken alle Bilder zu Fetzen.

Du kannst dem mit all deiner Weisheit und Wissenschaft nicht wehren. Die Wellen rollen und laufen. Sie rollen bis an alle Ufer. Wenn ein kleiner Vogel schon soviel Unheil stiften kann, wieviel mehr vermag da ein Mensch, der doch mit Vernunft und Geisteskräften begabt und in jeder Beziehung nach Gottes Bild geschaffen worden und auserkoren ist, als Herr über diese schöne Erde zu wandeln...

Das ist der Anfang des neuen Romans von Karl Friedrich Kurz „Herren vom Fjord“, der im Malheft von Westermanns Monatsheften zu erscheinen beginnt.

# Supersan

(Menthyl-Eucalyptol-Injektionen Dr. Berliner)  
1/2 Fl. (10 cem), 1/1 Fl. (20 cem)  
Kissen-Packung 10 cem Inhalt  
Klinik-Packung 100 cem Inhalt  
Ansprachen-Packung an 5 Stück à 1,5 cem  
" " " 10 " à 1,5 cem  
" " " 5 " à 3,0 cem  
" " " 1 Stück à 5,5 cem.

Das Spezialmittel gegen  
**Grippe, Tuberkulose** 100,50  
**Pneumonien, Bronchitis**  
**Pertussis, Sepsis puerperalis**

Literatur bereitwillig kostenlos

**Kronen-Apotheke, Breslau V**

### Praxisübernahme gesucht

70,31

eventl. mit Hausübernahme von erfahrenem Praktiker chirurg. gynäk. ausgebildet, Anfangs 40, verheir. Diskret. Verpflichtung gem. Leipz. Verb. zugesichert. Zuschriften unter F. O. G. 140 durch Rudolf Mosse, Frankfurt a. Main erbeten.