

ZEITSCHRIFT FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNG

ORGAN FÜR PRAKTISCHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON DEM

ZENTRALKOMITEE FÜR DAS ÄRZTLICHE FORTBILDUNGSWESEN IN PREUSSEN UND DEN

IM REICHAUSSCHUSS ZUSAMMENGESCHLOSSENEN KOMITEES UND VEREINIGUNGEN

SCHRIFTFLEITUNG:
PROFESSOR Dr. C. ADAM, BERLIN
NW 6, Luisenplatz 2-4



VERLAG:
GUSTAV FISCHER IN JENA

Nummer 24

Dienstag, den 15. Dezember 1931

28. Jahrgang

Inhalt.

Abhandlungen:

1. Die Behandlung der kruppösen Pneumonie Erwachsener. Von Felix Klewitz. S. 781.
2. Zur Hygiene des Tabakrauchens. Von Dr. Leonhard Frank. S. 784.

Zusammenfassende Aufsätze üb. d. heutigen Stand d. Medizin:

1. Genese und Therapie des Parkinsonismus. Von Prof. Paul Schuster. S. 787.
2. Schmerzlinderung unter der Geburt. Von Dr. Johannes Neumann. S. 790.

Anfragen aus dem Leserkreis:

1. Hat die Löwensteinsche Schutzsalbe zur aktiven Immunisierung gegen Diphtherie Wert? Von Prof. Seligmann. S. 791.
2. Welche Bedeutung hat die Wasserstoffionenkonzentration im menschlichen Körper? Von Prof. Dr. Klothilde Gollwitzer-Meier. S. 791.

Aus Wissenschaft und Praxis. Fortschritte auf den einzelnen Sondergebieten: (Näheres siehe nächste Seite)

1. Innere Medizin: Rosin u. Kroner. S. 792.
 2. Chirurgie: Hayward. S. 793.
 3. Geburtshilfe und Frauenleiden: Abel. S. 794.
- Soziale Medizin:** 1. Schließung von Krankenhäusern wegen Unterbelegung. Von Prof. Dr. W. Hoffmann. S. 796. — 2. Dr. Daniel Gottlieb Moritz Schreber, ein Kämpfer für Volkerziehung. Von Dr. Karl Bornstein. S. 798.
- Standesangelegenheiten:** Wie wirkt sich die Notverordnung auf die ärztliche Praxis aus? Von Dr. Mussacius. S. 799.
- Ärztliches Fortbildungswesen:** Fortbildungskurse und Vorträge für praktische Aerzte. S. 800.
- Aus ärztlichen Gesellschaften:** S. 801.
- Das Neueste aus der Medizin:** S. 802.
- Geschichte der Medizin:** Ansprache von G. v. Bergmann. Zum 70. Geburtstag von August Bier. S. 803.
- Tagesgeschichte:** S. 804.
- Inhaltsverzeichnis, Namen- u. Sachregister zum 28. Jahrg.**

Z. ärztl. Fortbildung. 28. Jahrg. Nr. 24 S. 781-804, Jena, 15. 12. 1931



Dicodid

zuverlässiges
Hustenstillungsmittel.

Tabletten

Wirksamer und billiger als Codein.

Tabletten zu 0,01 g

10 Stück O.-P. (RM. -.95).

Tabletten zu 0,005 g

10 Stück O.-P. (RM. -.75),

20 Stück O.-P. (RM. 1.25).

2-3 mal täglich 0,005-0,01 g
nach dem Essen.



Knoll A.-G.
Ludwigshafen/Rh.

Die „Zeitschrift für ärztliche Fortbildung“ erscheint monatl. 2mal. Preis (durch alle Buchhandlungen und Postanstalten) vierteljährlich Rmk 4.—. Die Zustellungsgebühr beträgt für Deutschland, Oesterreich, Luxemburg, Memelgebiet 60 Pf., für das Ausland 90 Pf. Die Mitglieder des Dtsch. Ärztevereinsbundes erhalten die Zeitschrift zum Vorzugspreis von vierteljährlich Rmk 3.40 gebührenfrei. Studierende, Praktikanten und Hilfsärzte in nicht vollbezahlter Stellung erhalten die „Z. f. ä. F.“ zum ermäßigten Preise von vierteljährlich Rmk 2.70 gebührenfrei. Für Zahlungen an den Verlag: Postscheck-Konto Erfurt 986, Haag 73041, Stockholm 4109, Zürich VIII 11055; Postsparkassen-Konto Wien 156780, Budapest 36646; Tschechoslowakei: Prag, Postsparkassen-Konto 501840 und Kreditanstalt der Deutschen (und deren Filialen). Wenn Abbestellung nicht erfolgt, gilt der Bezug als erneuert.

Anzeigenannahme: Ala Anzeigen-Aktiengesellschaft in Interessengemeinschaft mit Haasenstein & Vogler A.G., Daube & Co. G. m. b. H., Berlin W 35, Potsdamer Straße 27 a, Tel. Kurfürst 7865—67, 7885—87, sowie deren sämtliche Zweigstellen und Vertretungen im In- u. Auslande. — **Anzeigen:** die 5 gespaltene, 36 mm breite Millimeterhöhe: Rmk 0.23. Rabatt nach Tarif.

Inhaltsverzeichnis der Referate:

1. **Innere Medizin:** Konstitutionelle Betrachtungen über die Speicherungskrankheiten. Klinische Beiträge zum Drüsenfieber. Ueber Ursachen von Rückenschmerzen. (Rosin u. Kroner.) S. 792.

2. **Chirurgie:** Narkosefragen. Tropakokain zur Lumbalanästhesie. Ueber Todesfälle bei Avertinnarkosen. Ueber Avertin als Basisnarkotikum. Pantokain an Stelle von Novokain für den praktischen Arzt. (Hayward.) S. 793.

3. **Geburtshilfe und Frauenleiden:** Das Puerperium nach Viel-fruchtgravidität. Zur Frage der Höhensonnenbestrahlung der laktierenden Mamma. Frauenmilch-Sammelstelle (FMS.). Ueber Beziehungen zwischen Psoriasis und Ovarialfunktion. Uterusruptur in der Schnittnarbe nach Sectio caesarea. Ein kasuistischer Beitrag zur Kollision zwischen Berufsgeheimnis und Anzeigepflicht. Die Stellungnahme eines Praktikers zur Kjellandzange. Ueber menstruelle Blutungen in der Schwangerschaft. (Abel.) S. 794.

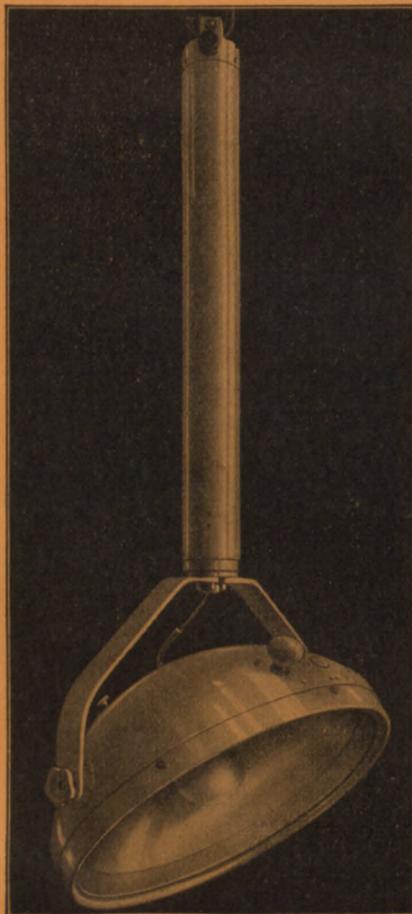


SANDOW'S

künstliche Brunnensalze und Bäder

Prospekte stehen auf Wunsch gern zur Verfügung

DR. ERNST SANDOW · HAMBURG 30



ZEISS

KLEINE PANTOPHOS

Operationslampe mit 50 cm Spiegeldurchmesser. Sie ist nach demselben Konstruktionsgedanken gebaut wie die in über zweitausend chirurgischen und Frauenkliniken der ganzen Welt bewährte Große Pantophos mit 80 cm Spiegeldurchmesser und hat im wesentlichen dieselben Vorzüge:

Beleuchtungsstärke 5000 bzw. 10.000 Lux auf einem Felde von 30 bzw. 12 cm Durchmesser in etwa 1 m Abstand, Schattenfreiheit und gleichmäßige Helligkeit auf der Oberfläche und in der Wundtiefe, keine Blendung, keine Wärmestrahlung, tageslichtähnliches Licht, ungefährdete Asepsis, einfache Montage, bequeme Verstellbarkeit, leichte Justierbarkeit, stete Betriebsfertigkeit, geringe Betriebskosten.

Druckschriften und weitere Auskünfte kostenfrei
von Carl Zeiss, Jena, Berlin, Hamburg, Köln, Wien



Neu!

**BEI
HYPERTONIE**
die erfolgreiche
Cholintherapie mit
PACYL

Bei Katarrhen der Luftwege

das codeinfreie

PECTOVIT

Trichlorbutylapidsaures Ammonium „Diwag“
in mit Ammonsalzen gepufferter Lösung

Neuer synthetischer, von dem wirksamen Prinzip
der bewährten Mixtura solvens ausgehender Arznei-
stoff, aber nicht nur expektorierend, sondern gleich-
zeitig optimal

**schleimlösend
reizlindernd
bronchialerweiternd!**

Beste Verträglichkeit auch bei längerer
Anwendung • Für Erwachsene und Kinder
geeignet • Angenehm im Geschmack

Kassenwirtschaftlich

Dosis: 3 x tgl. 1/2 Tee- bis 1 Eßlöffel • Preis: 1 Flasche RM 1.65

Proben und Literatur kostenlos

DIWAG Chemische Fabriken Dr. Joachim Wiernik & Co. A.-G., Berlin-Waidmannslust

Antiphlogistine

der auf wissenschaftlicher Grundlage beruhende Umschlag zur Linderung von
ENTZÜNDUNG UND KONGESTION

Zusammensetzung

Wasserfreies Aluminiumsilikat
(wärmehaltend)

Entwässertes Glycerin
(ableitend)

Jod
Salizylsäure
Ätherische Öle

Wirkung

Hyperämisierend
Analgesierend
Entspannend

Antiseptisch
Antipruritisches
Entleerend

Bakterizid
Antiseptisch
Antipruritisches
Schmerzstillend

Muster und Literatur kostenfrei

Antiphlogistine wird in unserem Laboratorium in Deutschland hergestellt.
Vom Hauptverband Deutscher Krankenkassen zugelassen.

**THE DENVER CHEMICAL MFG. CO.,
BERLIN-LICHTERFELDE und NEW YORK, U.S.A.**

Bei Leber- und Gallenleiden



HUGO ROSENBERG
FREIBURG IM BREISCAU

O. D. Zinkmull Hartmann

auf oligodynamischer Grundlage nach Doz. Dr. Bruno Pfab.

- O. D. Zinkmull doppelte Lage, 1 qm 8fach gefaltet.
- O. D. Zinkmull-Kompressenstoff, in Kartons zu 1 m, 10 cm breit.
- O. D. Kosmoplast, in Kartons zu 1 m, 8 bzw. 10 cm breit.

Verwendungszweck: Ulcera jeder Art, nässende Ekzeme.

Literatur: Münchner Med. Wochenschrift 1931 Nr. 38, Schreus: Über die Verwendung von Zinkmull zur Behandlung von Unterschenkel-Geschwüren.

Alleinhersteller:

Paul Hartmann A.-G., Heidenheim a. Brz.

Trepel'sche Tabletten

das Originalpräparat mit potenzierender Wirkung bei Schmerzzuständen und fieberhaften Erkrankungen jeder Art. Rascheste Wirkung ohne Gewöhnung und andere Nebenerscheinungen.

Adonigen

physiologisch eingestelltes, rasch wirkendes Cardiacum aus Adonis vernalis, ohne Kumulation und Blutdruckerhöhung, besonders bei nervösen Herzbeschwerden; protrahierte Kuren. Flüssig-Tabletten.

Solvochin

25%ige reizlose, basische Chininlösung, Spezifikum gegen kruppöse Pneumonie, Angina follic., Wehenschwäche, Malaria. Rascheste Wirkung durch Bildung hohen Chininspiegels im Blut.

Transpulmin

bas. Chinin und Campher in ätherischen Ölen, zur parenteralen schmerzlosen Chinintherapie bei Bronchopneumonie, akuter und chronischer Bronchitis, postoperat. u. Grippe-Pneumonie, auch prophylaktisch.

CHEMISCH-PHARMAZEUTISCHE A. G.
BAD HOMBURG

Supersan

(Menthol - Eucalyptol - Injektionen Dr. Berliner)
 $\frac{1}{2}$ Fl. (20 ccm) $\frac{1}{2}$ Fl. (10 ccm)
 Kassenpackung 10 ccm Inhalt
 Klinikpackung 100 ccm Inhalt
 Ampullenpackung 5 Stück à 1,2 ccm
 " 10 " à 1,2 " "
 " 5 " à 8,8 " "
 Ampullen 1 Stück à 5,5 ccm

Das Spezialmittel gegen
Grippe, Pneumonien, Bronchitis, Pertussis, Sepsis puerperalis.

Literatur bereitwilligst kostenlos.
 Kronen-Apotheke, Breslau V.

Epilepsie-Therapie

Dr. Schaefer's

Epilepsan

Das seit vielen Jahren eingeführte bromhaltige Mittel

Wirksame Bestandteile der Valerianae, Artemis, Serpentin und anderer vegetabil. Faktoren, Bromisovalerylurea in Verbindg. mit NaBr, KBr, NH₄Br. Der Bromgehalt steigt je nach Stärke I-IV von 12% - 21%. Die Stärke V enthält 21% Bromalkalien + 6% Chloralhydr. - auf ärztliche Verordnung.

Epicom

Bromfrei

Methylenformamid condensat. Asa foetida, Castor. Anzeigt in Fällen, wo Brom infolge seiner Unzutraglichkeiten zum Wechsel der Behandlung nötig. Tropfenweise Anwendung - fast geruch- und geschmacklos.

MUSTER u. LITERATUR GERN ZUR VERFÜGUNG.

DR. CURT SCHAEFER LEIPZIG N. 65
 THERESIENSTRASSE NR. 5.

Klinisch erprobt bei **Keuchhusten** und **Erkrankungen der Atmungsorgane** das verdampfbare



Vaporin

Wirkung: Vaporin wird mit Wasser im Zimmer verdampft. Die eingeatmeten Dämpfe wirken überzeugend lindernd, lösend und heilend auf die Pharynx- und Bronchial-Schleimhaut, insbesondere auch bei Keuchhusten.

Klinisch erprobt als **Gurgelmittel** und als **Wundantisepticum**



Mallebrein
(Aluminium chloricum liquidum 25%)

Wirkung: Die von Prof. Heinz experimentell nachgewiesene antiseptische und adstringierende Wirkung des Mallebreins ist etwa 4 mal so stark als diejenige der essigsauen Tonerde und noch in einer Verdünnung von 1:800 wirksam auf Krankheitserreger.

CHEM. FABRIK KREWEL-LEUFFEN G. M. B. H., EITORF/SIEG.



BAD OEYNHAUSEN

DIE STADT OHNE STUFEN. GRÖSSTER THERMALSPRUDEL DER WELT
D-ZUGSTATION: BERLIN-KÖLN, DRESDEN-AMSTERDAM. AUSKUNFT D.D. BADEVERWALTUNG
PAUSCHAL-KUREN FÜR DEN BEDÜRFTIGEN MITTELSTAND

HERZ-NERVEN-
GELENKLEIDEN
LÄHMUNGEN
RHEUMA, ISCHIAS
FRAUENLEIDEN

FELSOL

Bei allen großen Kassenverbänden zugelassen

Indicationen: Asthma-bronchiale, Asthma-cardiale, Angina-pectoris, Dyspnoe bei Hypertonie, Chron. Bronchitiden, Migräne, Heufieber
Kassenpackung: 5 Pulver 1 - Mark
Original-Packung 13 Pulver 2,50 Mark
Gebrauchsanweisung: 1-3 Pulver täglich



ROLAND
Aktiengesellschaft
ESSEN

Proben und Literatur
kostenlos



EMAREX

Gegen Dysmenorrhoe und klimakterische Beschwerden glänzend bewährt und begutachtet. Original-Packung: 20 Tabl. à 1,25 Mk.
Bestandteile: Gelsem. semper vir., Pulsatilla, Cyclamen, Cimicifuga, racemosa, Past. guarana, Sacch. lact. · Gebrauchsanweisung: 2 Tage vor der Menses 3 mal täglich 2 Tabl., während der Menses 3 mal täglich 1 Tabl.

Blut- und Ergänzungsnahrung



FERRONOVIN

bei sekundären Anaemien
nach chronischen Blutverlusten

post operationem
post partum
durch Magen-, Darm- und
Haemorrhoidalblutungen



Handelsformen:

Packungen zu 100 g. RM. 1.80

Packungen zu 250 g. RM. 3.90

Schachtel mit 54 Pastillen à 2g RM. 2.10

Chemische Fabrik Promonta G.m.b.H., Hamburg 26, Hammerlandstr. 162-178

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung

Unter ständiger Mitwirkung von

Prof. Dr. F. KRAUS
Geh. Med.-Rat, Berlin

Prof. Dr. F. MÜLLER
Geh. Hofrat, München

Geh. San.-Rat Dr. A. STAUDER
Vors. d. Dtsch. Ärztevereinsbundes

redigiert von

Prof. Dr. C. ADAM in Berlin

Nachdruck der Originalartikel nur mit ausdrücklicher Erlaubnis des Verlages, der Referate nur mit Quellenangabe gestattet

28. Jahrgang

Dienstag, den 15. Dezember 1931

Nummer 24

Abhandlungen.

I. Die Behandlung der kruppösen Pneumonie Erwachsener.

Von

Felix Klewitz in Marburg.

Symptomatische Maßnahmen beherrschten bis vor kurzem fast ganz das therapeutische Handeln bei der kruppösen Pneumonie; erst in den letzten Jahren treten Bestrebungen einer spezifischen, gegen die Krankheit selbst gerichteten Behandlung mehr in den Vordergrund. Es ist also zweckmäßig, eine spezifische und symptomatische Behandlung zu unterscheiden und gesondert zu besprechen, obwohl eine zwanglose Einreihung der einzelnen Maßnahmen in diese oder jene Gruppe nicht immer möglich ist.

I. Die spezifische Therapie. In erster Linie ist hierher die Serumtherapie der Lungenentzündung zu rechnen. Das Verfahren ist nicht neu, aber frühere Versuche, den Verlauf der Lungenentzündung durch das polyvalente Pneumokokkenserum¹⁾ von Römer günstig zu beeinflussen, sind fast allgemein aufgegeben. Immerhin halten doch manche Kliniker²⁾ an seiner grundsätzlichen Anwendung fest. Bei intramuskulärer Anwendung wird die gute Verträglichkeit und das Ausbleiben der Serumkrankheit hervorgehoben. In größerem Maßstabe wurde die Serumtherapie in jüngerer Zeit von amerikanischen Autoren aufgenommen, und zwar mit typisiertem Serum, das spezifisch gegen den im Einzelfall identifizierten Pneumokokkenstamm wirken soll. Obwohl das Verfahren, wie gleich zu zeigen ist, für die häusliche Praxis, aber auch nicht einmal für jeden klinischen Betrieb anwendbar ist, soll doch bei der Aktualität dieser Serumtherapie etwas näher auf sie eingegangen werden.

Es werden drei Typen von Pneumokokken unterschieden. Die Unterscheidung gelingt durch das Agglutinationsverfahren. Zwei weiße Mäuse werden intraperitoneal mit Sputum des Kranken injiziert, nach 12 Stunden getötet. Mit den aus der Peritonealhöhle entnommenen Pneumokokken wird die Agglutinationsprobe mit „Pneumokokkenserum zur Typisierung“

¹⁾ Höchster Farbwerke.

²⁾ Z. B. M. Sternberg, Wien (s. Umfrage Med. Klin. 1929, 46).

(Höchst) angestellt, von dem drei Typen im Handel sind. Diejenigen Pneumokokken, die mit keinem der drei diagnostischen Serumentypen agglutinieren, werden in einem Typ IV zusammengefaßt. Die Dauer dieses Tierversuches beträgt 12 Stunden, so daß beim Ansetzen des Versuches in den Morgenstunden abends die Identifizierung des Pneumokokkentyps beendet ist und die therapeutische Anwendung des spezifischen Serums erfolgen kann. Etwa ein Drittel der Pneumokokken gehören dem Typ I an. Von den Höchster Farbwerken wird ein Mischserum für Typ I und II und ein besonderes Serum für Typ III hergestellt. Bei Typ IV kommt eine Serumbehandlung nicht in Frage. Neuerdings wird übrigens von amerikanischen Autoren auch bei Typ III auf die Serumbehandlung verzichtet.

Unmittelbar nach Identifizierung des jeweiligen Pneumokokkentyps wird das therapeutische Serum injiziert. Eine Wirkung ist nur zu erwarten bei frühzeitiger Anwendung, innerhalb der ersten 3 Tage. Das Serum wird intravenös gegeben, und zwar in großen Dosen. Von amerikanischen Autoren wird folgende Dosierung empfohlen: Am 1. und 2. Tag je 250 ccm i. v., nötigenfalls wird diese Dosis am 3. u. 4. Tag wiederholt, so daß unter Umständen 1000 ccm Serum in 4 Tagen injiziert werden. Nach einer anderen Vorschrift (Cole) werden alle 6 Stunden — Tag und Nacht — je 80 ccm i. v. gegeben, also 320 ccm in 24 Stunden. An der Krehlschen Klinik³⁾, die in Deutschland über größere Erfahrung verfügt, werden am 1. Tag morgens und abends je 150 ccm i. v. gegeben, am 2. Tag vormittags 150 ccm, abends 100—150 ccm. Das Serum muß langsam injiziert werden. Es ist unbedingt nötig, daß vor der therapeutischen Anwendung des Serums die Anaphylaxieprobe bei dem Kranken angestellt wird, am besten gleich unmittelbar nach der Einlieferung, so daß keine Verzögerung eintritt.

Von 5 ccm Normalpferdeserum werden 0,3—0,5 ccm intrakutan, der Rest subkutan gegeben. Tritt keine Reaktion auf, so besteht keine Gefahr der Anaphylaxie. Allerdings schließt negative Reaktion das Auftreten der im übrigen häufigen Serumkrankheit nicht aus.

Es ist ohne weiteres klar, daß die Serumbehandlung nur an Kliniken und Krankenhäusern mit bakteriologischer Laboratoriumseinrichtung möglich ist; mit ihrer Anwendungsmöglichkeit auf breiter Basis ist also zur Zeit nicht zu rechnen. Dazu kommt der hohe Preis des Serums, der seine

³⁾ v. Voithenberg, Dtsch. Arch. klin. Med. 162.

grundsätzliche Anwendung ausschließt⁴⁾. Und schließlich werden mit Recht von deutschen Autoren Bedenken gegen die Anwendung so großer Serum-mengen geäußert; diese Bedenken wären von untergeordneter Bedeutung, wenn die Statistiken über die Heilwirkung des Serums überzeugender wären, als es bisher der Fall ist⁵⁾.

2. Die Chininbehandlung. Sie soll unter den spezifisch wirkenden Maßnahmen besprochen werden, obwohl die spezifische Einwirkung des Chinins auf die Pneumokokken nicht ganz sicher ist. Auch die Chininbehandlung der Pneumonie ist nicht neu; sie wurde bereits vor Jahren von Aufrecht empfohlen, ist dann aber fast ganz in Vergessenheit geraten. Erst die Darstellung neuer noch zu besprechender Präparate, deren Wirksamkeit in erster Linie auf ihrem Chiningehalt beruht, gab Veranlassung, die fast vergessene Chininbehandlung der Lungenentzündung wieder aufzunehmen. Nach der ursprünglichen Angabe von Aufrecht soll das Chinin intramuskulär gegeben werden⁶⁾, in einer Einzeldosis von 0,5 g; Tagesdosis bis 1 g. Neuerdings sind gebrauchsfertige Chinin-Urethanampullen im Handel (s. Anm.). Ist eine schnellere Wirkung erwünscht, so kann die Chinin-Urethanlösung auch intravenös gegeben werden. Mehr noch wie bei der intramuskulären Anwendung ist hier aber Intaktheit des Herzens Voraussetzung; im allgemeinen verdient die intramuskuläre Anwendung den Vorzug. Die Wirksamkeit des Solvochins beruht auf seinem Chiningehalt. In einem Kubikzentimeter ist 0,25 g Chinin enthalten. Man gibt eine Tagesdosis, die 0,5—1 g Chinin entspricht (= 1 bzw. 2 \times tgl. 2 ccm i. m.). Der Chiningehalt des Transpulmins ist wesentlich geringer (0,03 g in 1 ccm); neben Chinin enthält das Transpulmin Kampfer, der in ätherischen Ölen gelöst ist⁷⁾. Die übliche Tagesdosis beträgt 2—4 ccm. Im übrigen kann das Chinin als Chinin hydrochlor. auch oral gegeben werden, in einer Einzeldosis von 0,5 und einer Tagesdosis von 1 g (in Oblaten oder Caps. amylac.).

Überblickt man die Literatur über die Erfolge der Chinintherapie bei der Lungenentzündung, so ist eine günstige Beurteilung ihrer Wirkung unverkennbar. Nach einer Zusammenstellung von Schuntermann wird die Mortalität der Pneumonie bei Chininanwendung auf etwa die Hälfte herabgedrückt. Daß möglichst frühzeitige Anwendung des Chinins die Aussichten auf Erfolg verbessert, ist selbstverständlich. Schuntermann sah allerdings auch bei späterer Anwen-

dung noch gute Erfolge, aber auffallend häufig stellten sich Komplikationen ein.

Durch das Chinin ist das Optochin bei der Behandlung der Lungenentzündung stark in den Hintergrund gedrängt worden. An seiner spezifischen Wirkung auf die Pneumokokken ist nach den Erfahrungen besonders von G. Rosenow⁸⁾ nicht zu zweifeln. Aber die schweren Augenschädigungen, die nach Optochin beobachtet wurden, hatten seiner Zeit bekanntlich ein Verbot seiner Anwendung in den Militärlazaretten zur Folge. Ich selbst habe in den letzten Jahren das Optochin viel seltener angewandt wie das Transpulmin und das Solvochin. Augenschädigungen wurden nicht beobachtet; sie lassen sich auch wohl mit ziemlicher Sicherheit vermeiden bei Verwendung des langsam resorbierbaren Optochin. basic. und einer Dosierung, bei der eine Einzeldosis von 0,2—0,25 und eine Tagesdosis von 1 g nicht überschritten wird. Die Gesamtdosis soll 4 (—5) g nicht überschreiten. Während der Optochinbehandlung erhält der Kranke ausschließlich oder wenigstens vorwiegend Milchkost. Das Medikament darf nicht auf leeren Magen gegeben werden.

II. Die unspezifische Therapie. Herz- und Gefäßmittel. Die Überwachung des Kreislaufs steht an erster Stelle. Steigen der Pulsfrequenz, Weicherwerden des Pulses, Sinken des Blutdrucks, dessen fortlaufende Kontrolle nicht unterlassen werden sollte, erfordern energische Maßnahmen. Die Präparate der Kampfergruppe: Hexeton, Cardiozol, Coramin sind die Mittel der Wahl. Der Vorzug der beiden letztgenannten Mittel besteht in ihrer geringen Giftigkeit, ihrer schnellen Wirkung und der Möglichkeit subkutaner, intramuskulärer und oraler Anwendung. Sind Anzeichen eines Versagens des Kreislaufs bemerkbar, so kommt nur die subkutane oder intramuskuläre Anwendung in Betracht. Für intravenöse Injektionen steht Hexeton in besonderen Packungen zur Verfügung. Die Wirkung auf den Kreislauf ist flüchtig, so daß die Injektionen in kurzen Intervallen wiederholt werden müssen. Die Länge der Intervalle und somit die Zahl der notwendigen Injektionen richtet sich nach der Lage des Falles; ein gesetzmäßiges Schema gibt es nicht. Aber bei Anzeichen der Gefahr ist ein Zuviel ungefährlicher als ein Zuwenig, zumal die Gefahr einer Überdosierung nicht besteht. Je nach Lage des Falles ist auch zu entscheiden, ob die Injektionen fortlaufend während der Nachtzeit fortgesetzt werden müssen; ein ruhiger Schlaf sollte nicht ohne zwingenden Grund gestört werden. Die Anlegung eines Kampferdepots in den Abendstunden (s. u.) kann nächtliche Injektionen ersetzen.

⁸⁾ G. Rosenow sah bei intralumbaler Anwendung des Optochins bei Pneumokokkenmeningitis gute Erfolge. Rud. Schmidt berichtet über Heilung einer schweren Diplokokkensepsis durch Optochin (Med. Klin. 1929, 46).

⁴⁾ 500 ccm Serum kosten 148 M.

⁵⁾ Am Rockefeller-Institut starben von 431 mit Serum behandelten Pneumoniern immerhin 44 (zit. nach Matthes-Wigand).

⁶⁾ Chinin. hydrochlor. 2,0, Urethan 1,0, Aqua dest. ad 20; in 5 ccm sind 0,5 Chinin enthalten. Empfehlenswert sind die von der Apotheke Kade, Berlin hergestellten sterilen Chinin-Urethanampullen; in 1 Ampulle sind 0,25 g Chinin enthalten.

⁷⁾ Transpulmin ist in Packungen zu 10 bzw. 25 ccm im Handel.

Dem Kampferöl (20 Proz.) wird eine spezifische Wirkung auf die Pneumonie zugesprochen. Für fortlaufende Injektionen ist es weniger geeignet als die oben genannten Analeptika. Aber in Fällen, bei denen aus äußeren Gründen fortlaufende Injektionen nicht möglich sind, können Kampferdepots angelegt werden, derart, daß morgens und abends je 5 ccm Kampferöl intraglütäal injiziert werden.

Eine erwünschte Ergänzung der bisher besprochenen Analeptika bilden das Koffein und das Adrenalin beziehentlich die ihm chemisch nahestehenden Präparate Ephetonin und Sympathol. Die beiden letztgenannten Präparate verdienen vor dem Adrenalin den Vorzug; sie kommen bei Vasomotorenchwäche in Betracht und können ebenso wie das Koffein bei fortlaufenden Injektionen an Stelle einer Cardiozol- bzw. Coramininjektion eingeschoben werden. Das Strychnin⁹⁾ findet in Deutschland als Analeptikum wenig Verwendung und ist im übrigen auch entbehrlich.

Es ist schließlich nicht überflüssig zu betonen, daß nicht bei jedem Pneumoniekranken Injektionen von Herzgefäßmitteln notwendig sind. Bei manchem, besonders jugendlichen Pneumoniker mit gesundem Herzen sind sie entbehrlich. Aber auch bei einwandfreiem Kreislauf sollten als prophylaktische Maßnahme Coramin- oder Cardiozoltropfen (3—4 × tägl. 20 Tropfen) gegeben werden.

In diesem Zusammenhang ist auf die Digitalistherapie der Pneumonie mit einigen Worten einzugehen. Über ihren Nutzen und die Notwendigkeit ihrer grundsätzlichen Anwendung herrscht keine einheitliche Auffassung. In der Praxis, aber auch an mancher Klinik wird Digitalis jedem Pneumoniekranken grundsätzlich verordnet, gewöhnlich derart, daß zur Zeit der Krisis volle Digitaliswirkung bestehen soll. Mein Lehrer Matthes, dessen Auffassung ich auch jetzt noch teile, war ein Gegner dieser generellen Digitalisbehandlung der Pneumonie, unter anderem deswegen, weil eine vorausgegangene Digitalisierung etwa notwendige Strophantininjektionen bei bedrohlicher Kreislaufschwäche nur in begrenztem Maße möglich macht. In Übereinstimmung mit Matthes halte ich eine Digitalisverabreichung nur dann für gerechtfertigt, wenn ein Herzfehler besteht. Dann soll allerdings Digitalis grundsätzlich gegeben werden, auch wenn keinerlei Anzeichen beginnender Insuffizienz vorhanden sind. Im allgemeinen kommt man mit der üblichen Dosis (3 × tägl. 0,1 Fol. Dig. titr. = 3 × 1 Digipur-Tabl.) aus, bei hohem Fieber und Anzeichen beginnender Insuffizienz muß aber unter Umständen die Tagesdosis gesteigert werden (4—5 × tägl. 0,1 Fol. Dig.). Mit Verodigen kann eine schnellere Digitalisierung erreicht werden. Für intramuskuläre Anwendung eignet sich das Digipurat. Bei bedrohlicher Kreislaufschwäche ist Strophantin

das Mittel der Wahl, das in einer Dosis von 0,3—0,4 mg (= 3 bzw. 4 Teilstr. der 1 mg enthaltenden Ampullen) intravenös gegeben wird. Man kann vorteilhaft die Strophantindosis in 10 ccm hypertonischer Traubenzuckerlösung (25 Proz.) unterbringen. Ist eine orale Digitalistherapie vorausgegangen, so muß die Strophantindosis verringert werden (0,1 mg), falls nicht überhaupt auf Strophantin verzichtet werden muß.

Auf andere medikamentöse Maßnahmen kann fast immer verzichtet werden. Das gilt in erster Linie von der unspezifischen Proteinkörpertherapie (Omnaden, Hypertherman u. a.), deren Nutzen mindestens zweifelhaft ist. Auch Röntgenbestrahlung bei verzögerter Lösung ist empfohlen worden; ich habe mich zu diesem Vorgehen, das immer mit einer erheblichen Anstrengung für den Kranken verknüpft ist, nicht entschließen können. Antipyretika, wenigstens in fortlaufender Verabreichung, sind überflüssig. Über die Anwendung von Schlafmitteln s. u.

Die Hydrotherapie: Die verbreitetste und populärste Form der Hydrotherapie ist der Brustwickel; in häuslicher Pflege ist seine Anwendung so selbstverständlich, daß es fast gewagt erscheint, etwas gegen seine generelle Anwendung zu sagen. Es ist unbestreitbar, daß mancher Pneumoniker von einem sachgemäß angelegten Brustumschlag subjektive Erleichterung empfindet; dann ist gegen seine Anwendung nichts einzuwenden. In anderen Fällen bedeutet aber die Prozedur, besonders der häufige Wechsel des Umschlags, eine Anstrengung des Kranken, die unbedingt vermieden werden sollte. In solchen Fällen ist es zweckmäßiger und schonender für den Kranken, wenn man sich mit kühlen auf Brust evtl. auch Bauch gelegten Kompressen begnügt, die ein Aufrichten überflüssig machen. Auf Bäderbehandlung wird am besten ganz verzichtet; sie ist überhaupt nur in klinischem Betriebe durch zuverlässigstes Pflegepersonal ausführbar. Kühle Teilwaschungen können mit Nutzen bei hohem Fieber angewandt werden, vorausgesetzt, daß sie angenehm empfunden werden. Die Wirkung auf das subjektive Empfinden ist überhaupt entscheidend für Anwendung und Wahl der hydrotherapeutischen Maßnahmen.

Einige allgemeine Maßnahmen. Auf die Notwendigkeit des Verzichtes aller Maßnahmen, die mit körperlicher Anstrengung insbesondere für den kreislaufgefährdeten Kranken verknüpft sind, wurde schon wiederholt hingewiesen. Auch zu häufige Kontrolle des Lungenbefundes soll unterbleiben. Die Organuntersuchung soll kurz und unter pflegkundiger Assistenz ausgeführt werden. Ein am Rücken geschlitztes Hemd erleichtert die Untersuchung. Fortlaufende Kontrolle der Atemfrequenz neben der Pulsfrequenz gibt gute Anhaltspunkte über Fortschreiten oder Rückgang des pneumonischen Herdes. Dyspnoe, Zyanose und besonders natürlich die physikalischen Anzeichen beginnenden Lungenödems machen einen Aderlaß angezeigt; eine ausgiebige Blutentziehung

⁹⁾ Strychnin nitric., Einzeldosis 1 mg s. c. oder i. v.

von 300—500 ccm wirkt besser, wie protrahierte kleine Aderlässe. Eine Strophanthin-Traubenzuckerinjektion (s. o.) wird unmittelbar angeschlossen. Für Darmentleerung ist Sorge zu tragen, am besten durch Einläufe. Gegen Meteorismus kann, falls er lästige Grade erreicht, durch eine Hypophysininjektion angegangen werden (Böttner). Für Nachtruhe ist Sorge zu tragen; falls, etwa wegen pleuritischer Schmerzen, leichtere Schlafmittel (Noctal, Allional u. dgl.) nicht genügen, so bestehen gegen subkutane Anwendung von Narkotizis keine Bedenken. Narkophin (0,03 pro dosis) verdient vor dem Morphin den Vorzug; letzteres soll zusammen mit Atropin ($\frac{1}{2}$ mg) gegeben werden¹⁰). Die Ernährung des Pneumonikers erfordert keine besonderen Maßnahmen. Die Richtlinien, nach denen Fiebernde zu ernähren sind, bedürfen keiner Ergänzung. Kurzfristige Unterernährung bei unkompliziertem Verlauf wird ohne Schaden vertragen. Bei Alkoholgewohnten sind alkoholische Getränke angezeigt, bei anderen, in mäßiger Menge gegeben, nicht grundsätzlich verboten. Ein Glas eisgekühlten Sektes kann belebend auf Allgemeinzustand und Kreislauf wirken.

Diese Ausführungen beziehen sich, wie schon in der Überschrift gesagt, ausschließlich auf die therapeutischen Maßnahmen bei der Lungenentzündung des Erwachsenen. In mancher Hinsicht, insbesondere bezüglich der spezifischen Therapie, haben sie auch nur Gültigkeit, wenn es sich um die typische Pneumokokkenpneumonie handelt. Komplikationen (Empyeme u. a.) erfordern besondere Maßnahmen; auf diese hier einzugehen, liegt nicht im Rahmen dieser Abhandlung.

Zusammenfassende Darstellungen: Matthes-Wigand in Neue D. Klinik; Schuntermann, Med. Klin. 1930, 22; Umfrage über die Behandlung der kruppösen Pneumonie, Med. Klin. 1929, 46; v. Voithenberg, Dtsch. Arch. klin. Med. 162 (Serumtherapie); Böttner, Klin. Wschr. 1926, 41.

¹⁰) Morphin-Atropinmischung ist gebrauchsfertig in Ampullen im Handel.

Prof. Felix Klewitz, Marburg a. d. L.

ZUR HYGIENE des Tabakrauchens



Von

Dr. Leonhard Frank,

Abteilungsleiter im Hauptgesundheitsamt der Stadt Berlin.

Im Dezember 1930 wurde in Paris auf Kongressen und festlichen Veranstaltungen das Andenken eines Mannes, Jean Nicot, geehrt, der angeblich vor 400 Jahren den Tabak und das Tabakrauchen in Frankreich eingeführt haben soll.

Ganz so verhält es sich jedoch nicht. Im Jahre 1519 brachte Ferdinand Cortez als Erster Tabakblätter und Tabaksamen aus dem neuentdeckten Amerika mit nach Spanien und Portugal. Hier lernte der als Gesandter dort lebende Jean Nicot, Seigneur de Villement, die Pflanze kennen, nahm Interesse an ihr, zog Tabakpflanzen auf und stellte mit den Blättern therapeutische Versuche an, die er nach seiner Rückkehr nach Frankreich fortsetzte. In den verschiedensten pharmazeutischen Zubereitungen, wie Extrakten, Tinkturen, Salben und Klistieren tauchte nun der Tabak auf und wurde gegen fast alle Krankheiten, denen der menschliche Organismus überhaupt unterworfen ist, verwendet. Aber alle diese Bestrebungen, im Tabak das Universalheilmittel zu sehen, sind verschwunden, nur der Name „Nicot“ ist erhalten geblieben zur Bezeichnung des wichtigsten, in der Tabakpflanze enthaltenen Alkaloids, des Nikotins.

In anderer Form begann aber der Tabak eine immer größer werdende Bedeutung zu finden, siegreich durchlief er die Etappen vom Schnupftabak über den Kautabak zur Zigarre und schließlich zur Zigarette. Als Genußmittel ist der Tabak heute nicht mehr aus dem Leben aller Völker fortzudenken. Große Flächen der Erde dienen zu seiner Anpflanzung, Millionen Menschen finden durch den Tabakanbau, die Verarbeitung des Rohmaterials, durch Verschiffung zu den Absatzgebieten in den verschiedenen Ländern, bei der weiteren Herstellung der Fertigprodukte und deren Vertrieb ihr Brot. So wurden beispielsweise in Deutschland im Jahre 1929 in 4000 Zigarren- und Rauchtobakbetrieben über 100 000 und in 165 Zigarettenfabriken über 26 000 Arbeiter beschäftigt. Im Jahre 1930 soll der Konsum an Zigaretten in Deutschland nicht weniger als 328 Milliarden betragen haben. Auf welche Gründe ist diese unerhörte Verbreitung eines Genußmittels zurückzuführen?

In erster Linie auf die anregende und gleichzeitig besänftigende Wirkung, welche das Tabakrauchen auf den Menschen ausübt. In seinem wertvollen Buche vom Tabak nennt Robert Kudell den Tabak einen Tröster und Freudenspende, einen Zauberer, der die Unruhen nagender Sorgen besänftigt und die Schwere träger Gedanken zu leichtem Fluge erhebt. Es gibt aber andererseits kaum ein zweites Genußmittel, das, von seinem ersten Auftreten bei den Kulturvölkern an so heftig bekämpft worden ist. Alle drakonischen Maßnahmen der Regierungen, angefangen von öffentlichen Brandmarkungen, Gefängnisstrafen bis zur angedrohten Todesstrafe haben dem Tabakrauchen keinen Einhalt gebieten können. Heute sind die meisten Staaten froh, im Tabak eine ihrer ausgiebigsten Einnahmequellen an Zöllen und Steuern zu besitzen.

In dem Zustande, in dem der Tabak geerntet wird, ist er noch nicht verwendungsfähig, es müssen mit ihm noch eine Reihe von Manipula-

tionen vorgenommen werden, die für seinen späteren Wert als Genußmittel, besonders auch vom hygienischen Standpunkte aus, unbedingt erforderlich sind. Die grünen Tabakblätter sind wasserreich, nicht haltbar, und können beim Rauchen zu schweren Vergiftungserscheinungen führen. Deshalb werden in den Ursprungsländern die Blätter sorgfältig getrocknet, entweder an der Sonne, oder, wenn diese nicht ausreicht, in neuerer Zeit, besonders in Amerika, in dafür konstruierten Trockenhäusern mit Vorrichtungen für künstliche Heizung.

Die Tabakblätter enthalten eine Reihe von chemischen Substanzen, wie Apfelsäure, Gerbsäure, Eiweißstoffe, Stärke, Zucker, aromatische Harze, Wachs, ätherische Öle und Nikotin, sie sind außerdem reich an Verbindungen des Kaliums. Interessant ist, daß die Tabaksamen kein Nikotin enthalten, dieses entwickelt sich vielmehr erst in der wachsenden Pflanze. Junge Blätter enthalten nur wenig Nikotin, mit zunehmendem Wachstum nimmt der Gehalt zu und ist am größten zur Zeit der Blüte. Welche Bedeutung das Nikotin für die Tabakpflanze hat, ist noch nicht ganz klar, wahrscheinlich dient es als Reservematerial bei etwa später eintretendem Eiweißmangel. Hier dürften die Verhältnisse ähnlich liegen wie bei anderen Giftpflanzen, beispielsweise der Atropin enthaltenden *Atropa belladonna*.

Nach dem Trocknen werden die Blätter der sogenannten Fermentation unterworfen, d. h. sie werden sorgfältig übereinandergeschichtet, in Bündeln gepackt und bei bestimmter Temperatur und Luftfeuchtigkeit in geeigneten Räumen gestapelt. Hierbei treten unter Erwärmung eine Art Gärung und chemische Umsetzung ein, so wird die Stärke größtenteils in Zucker verwandelt und dieser weiterhin fast vollkommen zu Kohlensäure und Wasser abgebaut. Bei der Fermentation nimmt der Nikotingehalt oft erheblich ab, die Aromastoffe werden dagegen mehr entwickelt. Durch richtige Leitung der Fermentation, die ein hohes Maß an langjähriger Erfahrung voraussetzt, wird nicht nur der Tabak in seinem Genußwert, sondern auch, was besonders wichtig ist, in seiner Bekömmlichkeit für den menschlichen Organismus wertvoller. Nur gut ausgereifte und sorgfältig fermentierte Tabake liefern später das zur Herstellung einwandfreier Fabrikate erforderliche Material.

Wir finden im Tabakrauch neben teerartigen Substanzen und Verbrennungsprodukten der Harze und ätherischen Öle noch Kohlenoxyd, Ammoniumverbindungen und andere, sicher nicht indifferente Stoffe, diejenige Substanz jedoch, welche von allen Forschern als für den menschlichen Organismus am schädlichsten angesehen wird, ist das Nikotin. Nikotin ist in reinem Zustande eine wasserhelle, äußerst giftige Flüssigkeit, die sich beim Stehen an der Luft bald braun färbt. Nikotin, sowohl in reiner Form, als auch in Nikotin enthaltenden Tabakextrakten, ist ein nicht unbedeutender

Handelsartikel. Die Abfälle aus Tabak verarbeitenden Betrieben werden gesammelt und an chemische Fabriken verkauft, die daraus entweder Tabakextrakte oder reines 98proz. Nikotin herstellen. Beide Präparate finden bei der Bekämpfung tierischer und pflanzlicher Parasiten in der überseeischen und heimischen Landwirtschaft vielfache Anwendung, beispielsweise bei der Bekämpfung der Reblaus.

Beim Rauchprozeß, den wir mit einer Wasserdampfdestillation vergleichen können, wird das Nikotin, im Tabak zum überwiegenden Teil als pflanzensaure Salze vorhanden, durch die basischen Bestandteile des Rauches in Freiheit gesetzt und mit den Wasserdämpfen abdestilliert. Man spricht neuerdings beim Rauchen von einem Hauptstrom und versteht darunter denjenigen Rauch, welcher durch das Ansaugen einer Zigarre oder Zigarette direkt in den Mund des Rauchers gelangt, und von einem Nebenstrom, der in den Zwischenpausen beim Nichtansaugen in die Umgebungsluft entweicht.

Bereits vor vielen Jahren konnte der Würzburger Hygieniker Lehmann feststellen, daß bei dem üblichen, sogenannten intermittierenden Rauchen nur etwa 25 Proz. des im Tabak enthaltenen Gesamtnikotins in den Mund des Rauchers gelangen. Diese Angaben wurden im großen und ganzen neuerdings von den Schweizer Forschern Winterstein und Aronson bestätigt, wobei je nach der Beschaffenheit der Tabaksorten, ob hell oder dunkel, wesentliche Unterschiede beobachtet wurden. Dunkle Tabake lassen bis 50 Proz. des Gesamtnikotins in den Hauptstrom übertreten. Auch bei meinen Versuchen fand ich durchschnittlich 25 Proz. des Nikotins im Hauptstrom wieder. Für die Resorption des mit diesem in den Mund des Rauchers gelangten Nikotins ist die Art des Rauchens von Bedeutung. Beim Inhalieren (dem sogenannten Lungenrauchen), wie es von den meisten Zigarettenrauchern geübt wird, werden zwischen 8—17 Proz., ohne Inhalieren nur $2\frac{1}{2}$ — $4\frac{1}{2}$ Proz. des Nikotins vom Organismus aufgenommen.

Wichtig für die Beurteilung der beim Rauchen zugeführten Nikotinmenge ist der ursprüngliche Nikotingehalt des verrauchten Tabaks. Die bei uns in Deutschland meist konsumierten Zigaretten-Tabake mazedonischer Herkunft haben einen durchschnittlichen Nikotingehalt von 1,2 Proz., der je nach der Provenienz zwischen 0,7 und 1,5 Proz. schwanken kann. Bei normalen Zigarren des Handels liegt der Nikotingehalt zwischen 0,5 bis 2,0 Proz. Als mittlerer Wert wurde in einer neueren umfassenden Untersuchung des Holländers A. van Druten 1,7 Proz. gefunden.

Wie schon erwähnt ist die schädigende Wirkung des Rauchens in erster Linie dem Nikotin zuzuschreiben. Die tägliche Erfahrung zeigt uns, daß viele Menschen ohne die geringste Beeinträchtigung ihrer Gesundheit von ihrer Jugend an bis ins späte Alter Tabak, auch schwerer

Qualität, rauchen können, während wiederum andere entweder von vornherein für die kleinste Menge Nikotin empfindlich sind oder es im Laufe der Zeit werden. Wenn man die medizinische Literatur der letzten Jahre durchsieht, findet man häufiger wissenschaftliche klinische Arbeiten und Mitteilungen aus der ärztlichen Praxis, in welchen eine Reihe von Erkrankungen, wie Herzschädigungen, Magenleiden, neurasthenische Erscheinungen, intermittierendes Hinken, Augenerkrankungen und andere Leiden als Folgen übermäßigen Tabakgenusses erklärt werden. Meist handelt es sich in diesen Fällen um extreme Raucher. Die von Prof. A. Lippmann (Hamburg) in letzter Zeit mitgeteilten „Selteneren Tabakschäden“ wurden bei Personen beobachtet, von denen beispielsweise der eine täglich 15 schwere große Zigarren, der andere 50—60 Virginiazigaretten mit Inhalieren konsumierten. Es wäre falsch, das Kind mit dem Bade auszuschütten und erwachsenen gesunden Menschen, welche an regelmäßigen Tabakgenuß gewöhnt sind, das Rauchen generell zu verbieten. Anders liegt der Fall bei kranken oder nikotinüberempfindlich gewordenen Personen, bei denen oft schon die kleinste Zufuhr von Nikotin das Leiden verschlimmern oder die Heilung verzögern kann. In diesen Fällen ist ein vom Arzt verordnetes zeitweises völliges Rauchverbot zweckmäßiger und erfahrungsgemäß leichter durchzuführen, als die oft gewährte Erlaubnis zum Rauchen von täglich 1 oder 2 Zigarren oder Zigaretten.

Es ist erklärlich, daß sich seit Jahrzehnten Chemiker und Tabakfachleute bemüht haben, Tabak herzustellen, dem das schädliche Agens, das Nikotin, entzogen worden ist. Die Zahl der beim Patentamt angemeldeten und zum Teil patentierten Verfahren zur Nikotinentfernung ist sehr groß. Zwar ist es eine leichte Aufgabe für einen Chemiker, dem Tabak das Nikotin zu entziehen, schwierig und noch nicht völlig gelöst ist das Problem, dem entnikotinierten Tabak auch sein volles Aroma und seinen Genußwert zu erhalten. Nach eigenen Untersuchungen und denen von Pfyl, Haiduschka, Winterstein und Aronson und anderen Forschern ist der Nikotingehalt der meisten als „entnikotiniert“, „nikotinarm“, und „nikotinunschädlich“ bezeichneten Zigaretten des Handels nur unwesentlich geringer als der normaler Zigaretten. Etwas günstiger liegen die Verhältnisse bei als „nikotinarm“ bezeichneten Zigarren, von denen einzelne Fabrikate bei einem Gehalt von unter 0,5 Proz. noch einen befriedigenden Rauchgenuß bieten sollen. Meines Erachtens ist es unbedingt erforderlich, daß baldigst in den Ausführungsbestimmungen zum deutschen Lebensmittelgesetz, das jetzt den Tabak und seine Fabrikate einschließt, die zulässigen Höchstgrenzen für nikotinarme und nikotinfreie Tabakfabrikate festgelegt werden. Für nikotinarme Tabake erscheint mir ein Gehalt von 0,5 Proz., für nikotinfreie Tabake von nicht mehr als 0,1 Proz.

Nikotin zweckmäßig und praktisch durchführbar. Die hierzu führenden Wege sind gegeben und aussichtsreich, sei es durch Züchtung nikotinarmer Tabakpflanzen oder durch zweckmäßige Blattauswahl oder endlich durch schonende Behandlung des fertigen Tabaks. Auch von einer besonders für diese Zwecke gestalteten Fermentation des Tabaks in den Ursprungsländern und in den heimischen Lagern verspreche ich mir gute Ergebnisse. Ich erwähnte bereits, daß bei der Tabakfermentation der Nikotingehalt zurückgeht. Es sind allerdings noch ausgedehnte wissenschaftliche Versuche erforderlich, um die von biologischen, chemischen und physikalischen Gesichtspunkten aus besten Bedingungen festzulegen.

In neuerer Zeit sind nun von den bereits erwähnten Schweizer Proff. Winterstein und Aronson Feststellungen gemacht worden, die besonders für den Zigarettenraucher von größter hygienischer Bedeutung sind:

- I. aus kurzen, dicken Zigaretten tritt doppelt soviel Nikotin in den Hauptstrom über, als aus langen dünnen.
- II. aus lose gestopften gelangen ungefähr 30 Proz. mehr Nikotin als aus festgestopften, und aus trocknen Zigaretten gleichfalls 30 Proz. mehr Nikotin in den Mund des Rauchers, als aus feuchten.

Empfehlenswert sind demnach lange, festgestopfte Zigaretten mit einem Feuchtigkeitsgehalt von 14 bis 16 Proz. Zigaretten, welche beim vorsichtigen Drücken zwischen den Fingern knistern, sind zu trocken, bei einem ausreichendem Feuchtigkeitsgehalt fühlt sich eine Zigarette weich und schmiegsam an. Es ist vom hygienischen Standpunkte aus zweckmäßiger, eine zu feuchte als eine zu trockne Zigarette zu rauchen.

Ein einfaches Verfahren gibt dem Zigarettenraucher nun die Möglichkeit, vollkommen nikotinfrei zu rauchen. Wird eine Zigarette aus einer mit Eisenchloridwatte beschickten Zigarettenspitze, wie sie seit langem im Handel ist, geraucht, so gelangen nach meinen Feststellungen höchstens Spuren von Nikotin in den Mund. Ein nikotinempfindlicher Zigarettenraucher hat demnach die Möglichkeit, vollkommen nikotinfrei zu rauchen. Für Zigarren reicht der den Spitzen beigegebene Pfropfen Eisenchloridwatte nicht aus, auch zwei halten das Nikotin nicht zurück. Es bleibt dahingestellt, ob mit einer noch größeren Watteeinlage und einer eventuellen Änderung der Spitze der gewünschte Effekt auch für Zigarren zu erzielen ist. Übrigens fand ich, daß auch gewöhnliche Verbandwatte fast den gleichen Dienst leistet und nur Spuren von Nikotin durchläßt. Die Erfahrung lehrt, daß viele Raucher nur ungern eine Spitze verwenden, weil sie die direkte Berührung des Tabaks mit den Mundschleimhäuten vermissen und ihnen dadurch der spezifische Tabakgeschmack verloren geht. Sehr viele nikotinempfindliche Raucher dürften aber diese Unbequemlichkeit

lieber in Kauf nehmen, als ganz auf das Zigarettenrauchen verzichten zu müssen. Notwendig ist häufiges Wechseln der Einlage und öfteres Reinigen der Spitze.

Neben dem Nikotin sind vom gesundheitlichen Standpunkte aus noch einige andere Bestandteile des Tabakrauches zu erwähnen. Die teerartigen Substanzen sind sicher nicht indifferent, sie sind in leichten, hellen Tabaken in geringerem Maße vorhanden, als in schweren, dunklen. Beim Rauchen durch ein Wattenfilter werden sie fast vollkommen zurückgehalten. Der beim Durchblasen von Rauch durch ein Taschentuch entstehende braune Fleck wird durch diese teerartigen Bestandteile erzeugt, und nicht, wie man manchmal hört, durch Nikotin.

Der beim Rauchen heller Tabake in den Mund des Rauchers gelangende Hauptstrom enthält bedeutend weniger Nikotin als der aus dunklen Tabakarten stammende. Wahrscheinlich ist der Grund in der verschiedenen Glimmbarkeit zu suchen, denn leichtere Brennbarkeit eines Tabaks vermindert die in den Hauptstrom übertretende Nikotinmenge. Zwischen dem sogenannten Stärkegrad und dem Nikotingehalt eines Tabaks besteht nicht immer eine direkte Beziehung. Als schwer bekannte echte Havannazigarren enthalten manchmal weniger Nikotin als beispielsweise manche leichtempfundene Sumatrazigarre.

Das sogenannte „Schwererwerden“ einer Zigarre gegen das Ende hin ist nicht einer Nikotin-anreicherung im Stummel zuzuschreiben, sondern wahrscheinlich darauf zurückzuführen, daß beim fortschreitendem Rauchprozeß die Zigarre die Luft leichter passieren und dadurch mehr Nikotin in den Hauptstrom übertreten läßt.

Häufig wird die Frage diskutiert, ob Zigarettenrauchen schädlicher ist als Zigarrenrauchen. Leider läßt sich diese Frage nach dem heutigen Stande der Wissenschaft noch nicht eindeutig beantworten.

Nach Angaben in der Literatur wird beim Zigarettenrauchen dem Organismus weniger Nikotin zugeführt, als beim Zigarrenrauchen, es müßte demnach das Zigarettenrauchen ohne Inhalieren weniger schädlich sein, als das Zigarrenrauchen. Andererseits pflegen erfahrungsgemäß Zigarrenraucher weniger zu inhalieren, während dieser Modus von Zigarettenrauchern fast allgemein geübt wird. Ob aber, wie vielfach behauptet wird, dem durch die Lungen direkt in die Blutbahn gelangendem Nikotin eine stärker schädigende Wirkung zuzuschreiben ist, als dem durch Mundschleimhaut und Darm resorbierten, ist noch nicht entschieden, ebenso auch nicht, ob das direkt in die Blutbahn gelangte Nikotin den Blutdruck ungünstig beeinflußt.

Dem Papier der Zigarette dürfte keine besondere Schädlichkeit beizumessen sein, da der Zigaretten-tabak selbst zu 10 Proz. aus Zellulose besteht, demgegenüber kommt die im Zigarettenpapier enthaltene Zellulosemenge nicht in Betracht. Bei der leichten Brennbarkeit des Papiers ist eine Kohlenoxydbildung beim Rauchen von Zigaretten kaum anzunehmen.

Zum Schluß möchte ich noch auf die bekannte Tatsache hinweisen, daß für Raucher und Nichtraucher längerer Aufenthalt in raucherfüllten Räumen gesundheitliche Störungen bedingen kann. Diese sollen nach einer neueren Arbeit aus dem Krankenhause Berlin-Neuköln in der Hauptsache auf die mit dem Rauch in die Atmungsluft entweichenden Ammoniakverbindungen (Aminobasen) zurückzuführen sein. Der heutige Stand der Entlüftungstechnik bietet aber die Möglichkeit, die Luft auch in von vielen Rauchern besuchten Lokalen so oft zu erneuern, daß eine Belästigung der Atmungsorgane durch Tabakrauch bei einigem guten Willen der Wirte kaum noch in Erscheinung zu treten braucht.

Dr. L. Frank, Berlin C 2, Fischerstr. 39, Hauptgesundheitsamt.

Zusammenfassende Aufsätze über den heutigen Stand der Medizin.

I. Genese und Therapie des Parkinsonismus.

Von

Prof. Paul Schuster in Berlin.

Unter Parkinsonismus versteht man bekanntlich den chronischen Krankheitszustand, welcher sich oft nach einer akuten Encephalitis lethargica einstellt. Man hat den Ausdruck „Parkinsonismus“ für diese Krankheitszustände gewählt, weil eine in die Augen springende Ähnlichkeit in Haltung, Gesichtsausdruck und Zittern mit dem Krankheitsbilde der Paralysis agitans (Parkinsonschen Krankheit) besteht. Der Parkinsonismus kann sich an jede der zahlreichen Formen und Typen der akuten Encephalitis anschließen. Er kann sich im unmittelbaren Anschluß an eine akute Encephalitis

mit amyostatischen Erscheinungen entwickeln, er kann sich an das akinetische Stadium einer hyperkinetischen Encephalitis anschließen, oder er kann entstehen, nachdem eine dieser Formen oder irgendein Typ allmählich abgeklungen und scheinbar verheilt war. Bemerkenswert ist, daß der Parkinsonismus sich nicht selten gerade an diejenigen akuten Fälle der Encephalitis anschließt, welche besonders leicht und geringfügig erschienen; in diesem Punkt besteht eine (möglicherweise tiefer begründete) Ähnlichkeit mit den sogenannten metasymphilitischen Erkrankungen. Abgesehen von der genannten, sich entweder unmittelbar an eine akute encephalitische Erkrankung oder mittelbar nach einem kürzeren oder längeren Intervall, anschließenden Form des Parkinsonismus, gibt es auch noch eine andere Entstehungsart der Krankheit. In diesem Falle entwickelt sich das

Krankheitsbild ganz langsam, schleichend, ohne daß überhaupt eine erkennbare akute Enzephalitis vorangegangen wäre, ja oft, ohne daß der Patient von irgendeiner Erkrankung, einem fieberhaften Unwohlsein oder dgl. zu berichten wüßte. — Wie kompetente Beurteiler, besonders Stern, glauben, ist diese letzte Entstehungsform des Parkinsonismus im Laufe der Jahre häufiger geworden.

Ich habe vorhin schon angedeutet, daß bei den nach akuter Enzephalitis zur Entwicklung gelangenden Formen des Parkinsonismus eine verschieden lange Zeit zwischen dem Verschwinden der akuten Krankheitserscheinungen und dem Beginn des Parkinsonismus liegen kann. Es können Tage und Wochen nach völliger oder partieller Abheilung des akuten Krankheitsbildes vergehen, es können aber auch Jahre verstreichen, ehe sich die Zeichen des Parkinsonismus einstellen. Allerdings sind die Kranken in dieser Latenzzeit, wie man bei genauerem Befragen erfahren kann, oft doch nicht völlig gesund gewesen, sondern sie hatten leichtere subjektive Beschwerden, Kopfschmerzen, waren reizbar, körperlich und geistig weniger leistungsfähig als in ganz gesunden Tagen, wenn sie sich auch für so gesund und wiederhergestellt hielten, daß sie ihre Berufsarbeit verrichteten. Freilich gibt es auch Fälle, bei denen die Parkinsonismuskranken trotz genauester Befragung angeben, sich in der ganzen Zeit zwischen akuter Enzephalitis und dem Auftreten der parkinsonistischen Symptome so frisch und gesund wie in gesunden Tagen gefühlt zu haben. Die Latenzzeit kann jahrelang dauern. Ich erinnere mich einiger Fälle, wo die Patienten nach überstandener akuter Erkrankung 4, 5 und 6 Jahre lang gesund schienen.

Nach dem Gesagten ist es ohne weiteres verständlich, daß diejenigen Formen des Parkinsonismus, welche im direkten Anschluß an eine akute Enzephalitis entstehen, oder welche nach einem kürzeren oder längeren, mehr oder weniger symptomfreien Intervall nach Abklingen der akuten Enzephalitis zur Entwicklung gelangen, ursächlich auf jene Grundkrankheit zu beziehen sind. Man wird aber höchstwahrscheinlich auch diejenigen Fälle von Parkinsonismus, welche sich, ohne daß überhaupt akute oder subakute Krankheitserscheinungen vorangegangen wären, entwickelt haben, mit der epidemischen Enzephalitis in Zusammenhang bringen müssen. Möglicherweise hat es sich bei diesen Zuständen entweder um ganz abortive, dem Patienten und seiner Umgebung nicht zum Bewußtsein gekommene, akute Krankheitserscheinungen gehandelt, oder aber es liegt ein ganz anderer — von Hause aus chronischer — Entstehungsmodus des Leidens vor, welcher auf eine Änderung des biologischen Verhaltens des Krankheitserregers oder auf Änderungen der nosologischen Hilfsursachen zu beziehen ist.

Man wird also bei jeder Form des zur Diskussion stehenden Leidens einen ätiologischen Zusammenhang mit dem — allerdings bis heute noch un-

bekanntem — Erreger der epidemischen Enzephalitis annehmen müssen. Ueberaus zahlreiche Untersuchungen, welche über die Natur des Erregers der Enzephalitis und über seine Beziehungen zu dem Erreger der epidemischen Grippe angestellt worden sind, haben bisher noch keine zufriedenstellenden und sicheren Resultate ergeben. Zwar hat man durch intrazerebrale Verimpfung eines im Hirnbrei von Enzephalitiskranken wahrscheinlich enthaltenen ultraviole Virus bei Tieren enzephalitisähnliche Krankheitsbilder hervorrufen und weiterimpfen können; aber es gelang noch nicht, einen sicheren und spezifisch pathogenen Erreger der Enzephalitis zu isolieren. Nur das ist ziemlich sicher geworden, daß der Erreger der Enzephalitis, auf welchen somit auch der Parkinsonismus zu beziehen ist, mit dem Erreger der epidemischen Grippe nicht identisch ist, gleichgültig ob er ein Bakterium oder ein filtrierbares ultraviolettes Virus ist. Vielleicht handelt es sich bei diesem Virus um eine in der Regel harmlose, ubiquitäre Noxe, die erst von dem Erreger der Grippe so aktiviert wird, daß sie ihre unheilvolle Wirkung auf dem Organismus entfalten kann. Die letztgenannte und viele andere ähnliche Möglichkeiten, z. B. die, daß das Gehirngewebe oder seine Gefäße erst durch die Grippeerkrankung irgendwie verändert werden müssen, ehe der Enzephalitis-erreger sich im Gehirn weiter entwickeln kann, oder daß eine durch Organerkrankung verhinderte Entgiftung von Stoffwechselprodukten eine wesentliche pathogenetische Rolle spielt, sind zwar schon vielfach erörtert worden, haben aber bis jetzt noch nicht bewiesen werden können.

Die Art der Entwicklung, die nicht seltene Progression, das gelegentliche plötzliche Auftreten eines neuen Schubes oder ganz neuer Krankheitssymptome und manche andere Eigentümlichkeit des Verlaufs deuten mit großer Wahrscheinlichkeit darauf hin, daß wir es bei dem Parkinsonismus nicht etwa mit einem auf abgelaufenen anatomischen Restzuständen beruhenden Krankheitszustand zu tun haben, sondern daß es sich um ein gleichsam unter der Oberfläche fortglimmendes Krankheitsgift handelt, welches jeden Augenblick wieder aktiv werden kann. Trotzdem sind einwandfreie Fälle der Kontagiosität oder der Infektiosität des Parkinsonismus nicht nachgewiesen und jedenfalls nicht in großer Menge vorgekommen. Es sind zwar in der Literatur einige Male Hinweise auf die Übertragbarkeit des Parkinsonismus angegeben worden und mir selbst ist ein Fall bekannt, in welchem ein Nervengesunder, der im Krankenhaus neben einem Parkinsonkranken lag, gleichfalls an Parkinsonismus erkrankt sein soll, jedoch handelt es sich hier wohl nur um vereinzelte Fälle, die strengster Kritik vielleicht nicht standhalten.

Wenn wir uns jetzt der Frage der Behandlung zuwenden, so ist hier zuerst der Versuch zu nennen, den Parkinsonismus mit Rekonvaleszentenserum zu behandeln. Während aber die Erfolge dieser

Elastoplast

(Tricoplast)

Die elastische Pflasterbinde
für „bewegungsfügige“ Verbände

Elastoplast findet Anwendung als:

Elastischer, chirurgischer Pflasterverband

an beweglichen Körperteilen, besonders auch
nach Bauch- und Magen-Operationen.

Kompressions- u. Stützverband

bei Distorsionen, Frakturen, Muskel-Zerrungen
und Muskel-Zerreissungen

Hernien, Intercostalneuralgien

Hängebauch

Mamma-Entzündungen, Pleuritiden, Phlebitis,
Thrombophlebitis, Ulcera, Varicen

Statischen Beschwerden der unteren Extremitäten.

Elastoplastverbände sind reizlos und wasserfest.

Elastoplast ist bei den meisten Krankenkassen
zur Verordnung zugelassen.

Ausführung A

Binde ist ganz bestrichen.

Ausführung B

Streifenstrich, zur Erzielung
großer Luftdurchlässigkeit.

Ausführung C D. R. P. a.

Halbstrich, für solche Fälle,
bei denen Pflastermasse mit
der Haut nicht in Berührung
kommen soll oder darf.

**Proben und Literatur
kostenlos.**

P. BEIERSDORF & Co. A.-G., HAMBURG

Pharmazeutische Abteilung

Dolorsan

Analgetikum von eigenartig schneller, durchschlagender u. nachhaltiger Jod- u. Camphorwirkung
Große Tiefenwirkung!

Kassenpackg. RM 1.05, 1/1, Flasche RM 1.75, Klin.-Packg. RM 6.10

JOHANN G. W. OPFERMANN, KÖLN

Aegrosan

Schnelle und durchschlagende
Eisen- und Kalkwirkung

ohne Verdauungsstörungen

Preis RM 1.30, Klin.-Packg. RM 3.90

JOHANN G. W. OPFERMANN, KÖLN

Anginasin

Spezifikum gegen
Angina!

Preis RM 1.05, Klin.-Packg. RM 2.75

JOHANN G. W. OPFERMANN, KÖLN

Laryngsan

Vorzüglich bewährt bei Erkältungskrankheiten:
Husten, Schnupfen, Bronchialkatarrh, Grippe

Packung mit Tropfpipette RM 0.90, Klin.-Packg. RM 2.70

JOHANN G. W. OPFERMANN, KÖLN

Generalvertretung f. Oesterreich: St. Sowitsch, Wien XIII, Hütteldorfer Str. 176

QUADRONAL

prophylaktisch analgetisch antipyretisch



**GRIPPE
PLEURITIS
PHARYNGITIS
RHINITIS**

Vom Hauptverband Deutscher Krankenkassen
zugelassen

Asta Aktiengesellschaft
Chem. Fabrik Brackwede 72



Das Exempel geht leichter auf

wenn Sie die un-
bekanntesten Größen
möglichst ausschalten.
Hierbei ist unsere
Hilfswertvoll. Als er-
fahrene Reklamefach-
leute berücksichtigen
wir alle Erfolgsbe-
dingungen Ihrer
Werbung: den In-
sertionswert jedes
Blattes, seine Eignung
für Ihre geschäftli-
chen Sonderzwecke,
die Verbraucherge-

wohnheiten, die Kon-
junkturverhältnisse.
Durch unsere Werbe-
hilfe schalten Sie
bei Ihren Werbe-
maßnahmen unbe-
kannte Größen aus
und kommen
**ohne
Mehrkosten
zum
sicheren
Erfolg**

ALA ANZEIGEN-AKTIENGESELLSCHAFT
HAASENSTEIN & VOGLER A.G. DAUBE & CO. G.M.B.H.
BERLIN W 35, POTSDAMER STRASSE 27 A

Behandlung bei der akuten Enzephalitis ziemlich gute zu sein scheinen, hat die Behandlung beim Parkinsonismus im allgemeinen versagt. Man hat weiter eine Behandlung mit sogenannten umstimmenden Mitteln, zum Teil chemischer Art, zum Teil biologischer Art versucht, indem man Pferdeserum oder Proteinkörper der verschiedensten Herkunft den Kranken intravenös oder sukutan, zum Teil auch intralumbal einverleibte. Aber auch bei dieser Behandlungsart hat man immer nur vereinzelte und nicht eindeutige Besserungen beobachtet.

Von antiseptischen Körpern ist fast kein Mittel unversucht geblieben. Das in vielen Fällen so wirksame Urotropin ebenso wie das Kollargol und ähnliche Kolloidpräparate haben nicht zu dem erhofften Ziele geführt. Die gleichen Mißerfolge hatte die Behandlung mittels Vuzin, Trypaflavin und anderer Antiseptika. Begreiflicherweise hat man auch das so vielseitig wirksame Jod in Anwendung gebracht, besonders in Form der sogenannten Preglschen Lösung. Mit der Jodbehandlung wollen einige Autoren, besonders Förster, der 2 ccm einer 10proz. Natriumlösung intralumbal gibt, eine Beeinflussung des Krankheitsbildes erreicht haben. Mir selbst ist dies, trotzdem ich das Mittel wiederholt nach der Försterschen Vorschrift angewandt habe, nie gelungen. Schließlich hat man auch das Arsenik in jeder Form, als anorganisches und besonders als organisches Präparat angewandt. Diese, besonders von französischer Seite empfohlene Behandlung, bei welcher sehr große Mengen von Kakodyl subkutan gegeben werden, haben wir schon vor längerer Zeit an zahlreichen Kranken erprobt, ohne größere Erfolge als bei allen anderen Mitteln zu sehen.

Da somit bis jetzt leider noch kein kausal gegen die Krankheit wirkendes Mittel bekannt ist, bleibt nur die symptomatische Beeinflussung des Leidens übrig. In erster Reihe kommen hier einige der schon lange von der Behandlung der Paralysis agitans her bekannten Mittel der Atropinreihe in Betracht. Das Atropin in Dosen von 2—3 mal täglich 3—5 dmg innerlich oder sukutan, das Bellafolin tropfenweise, ebenso das Duboisin und das Skopolamin wirken recht gut gegen den Rigor, gegen die Akinese und oft auch gegen das Zittern. Besonders bewährt hat sich das zuletzt genannte Skopolamin, welches man 2—3 mal täglich in Gaben von 3—5 dgm in Tropfen oder subkutan verabreichen kann. Ein besonders gutes Präparat ist das in Tabletten zu $\frac{1}{2}$ mg und in Tropfen im Handel befindliche französische Géoskopolamin. Das Géoskopolamin ist schwächer als das Skopolamin, seine Wirkung aber durchweg angenehmer und besser als die des gewöhnlichen Skopolamin. Nebenerscheinungen, welche in Gestalt von Schwindelgefühl, Trockenheit im Halse, Akkomodationsparese bei allen Mitteln der Atropinreihe gelegentlich vorkommen, sind beim Géoskopolamin ziemlich selten.

Ein gleichfalls dem Atropin sehr nahestehendes Mittel, nämlich das Stramonium, scheint nach Beobachtungen, die wir¹⁾ ebenso wie manche anderen Autoren gemacht haben, eines der allerbesten und zuverlässigsten Mittel bei der Behandlung des Parkinsonismus zu sein. Es wird als Pulvis fol. stramonii entweder in Pillen oder in Zäpfchen zu 0,1 3—6—8 mal täglich gegeben und auch in diesen relativ hohen Dosen meist ohne erhebliche Nebenwirkungen vertragen. Bei der Verordnung des Mittels verschreibe man stets die beste Qualität des Stramonium, weil das in den Apotheken vorrätig gehaltene meist nur zu Räucherpulver geeignet ist. Merkwürdigerweise wirkt das Mittel manchmal vom Darm aus als Suppositorium, wenn es vom Magen aus nicht wirkt, und umgekehrt.

Französische Autoren besonders Froment haben in der letzten Zeit auf Grund theoretischer Überlegungen Insulin (täglich 20—30 E.) gegeben und rühmen die Erfolge; unsere eigenen Erfahrungen sind noch zu klein, um uns ein eigenes Urteil zu gestatten.

Als letztes, empfehlenswertes Mittel nenne ich Ihnen noch das Harmin, welches nach den chemischen Analysen mit dem Banisterin identisch ist. Man gibt das — von der Firma Merck in Ampullen zu 0,02 in den Handel gebrachte Präparat subkutan oder — was im allgemeinen weniger wirksam ist — in Tabletten zu 0,01.

Alle die genannten symptomatischen Mittel wirken im allgemeinen nur solange sie gegeben werden, so daß man sie in der Regel täglich verabreichen muß. Nur bei dem Stramonium und bei dem Harmin habe ich es gesehen, daß eine einmalige Gabe, besonders die erste, gelegentlich tage — oder sogar wochenlang wirkt. Praktisch empfiehlt es sich am meisten, entweder eine Kombination von Mitteln zu geben, oder mit den Präparaten etwa so zu wechseln, daß man mit 3 mal täglich 0,1 Stramonium beginnt, dann nach ca. 1 Woche an einem oder mehreren Tagen statt des Stramonium 0,02 Harmin subkutan, oder 2—3 mal $\frac{1}{2}$ mg Géoskopolamin innerlich gibt, um schließlich wieder zur Stramonium zurückzukehren. Auf diese Weise ist es uns oft gelungen, völlig versteifte und ans Bett gefesselte Patienten so weit zu bessern, daß sie im Zimmer umhergehen, sich selbst ankleiden und selbständig essen konnten. Merkwürdigerweise scheinen die leichteren Fälle mit geringeren Steifigkeiten und geringerer Akinese oft weniger auf die genannten Mittel anzusprechen als die schwereren Formen mit erheblichem Rigor. Ferner ist noch hervorzuheben, daß das Symptom des Zitterns am besten auf Skopolamin und Géoskopolamin reagiert, während der Rigor und die Akinese besser auf die anderen Mittel ansprechen. — Bei dieser Gelegenheit will ich auch noch bemerken, daß das Bulbokapnin, auf welches zuerst große Hoffnungen gesetzt

¹⁾ Vgl. Nervenarzt 3, Nr. 13.

wurden, bei der Behandlung des Parkinsonismus versagt hat. — Man soll sich bei der Behandlung des Parkinsonismus natürlich nicht auf die medikamentösen Mittel beschränken, sondern sich auch der physikalischen Heilmittel erinnern. Bäder und besonders warme Packungen werden oft sehr angenehm von den Kranken empfunden, ohne daß man mit ihnen begreiflicherweise wesentliche Erfolge erreichen kann. Schließlich sei noch mit einem Wort auf die wiederholt versuchte Fieberbehandlung hingewiesen, ohne daß ich jedoch Ihnen diese Behandlung für den Parkinsonismus empfehlen kann.

Prof. Dr. Paul Schuster, Berlin W 15, Kurfürstendamm 214.

2. Schmerzlinderung unter der Geburt.

Eine Entgegnung auf die gleichnamige Arbeit der Herrn Geh.-Rat Sellheim in Nr. 21 1931 dieser Zeitschrift.

Von

Dr. Johannes Neumann in Dassow (Meckl.).

Die Empfehlung von Herrn Geh.-Rat S., ganz allgemein die Schmerzlinderung bei Geburten einzuführen und den Hebammen hierzu geeignete Mittel in die Hand zu geben, kann ich nach meinen Erfahrungen als Landarzt nicht teilen. Es ist nicht die Schmerzlinderung als solche, gegen die ich Bedenken habe, sondern vielmehr ihre hier von autoritativer Seite empfohlene Verallgemeinerung.

Zunächst möchte ich einmal die Frage aufwerfen: Ist das, was wir bei einer normalen Entbindung „Wehenschmerz“ nennen, wirklich gleichzusetzen dem „Schmerz“ bei einer Erkrankung? Wenn S. in dem von ihm angeführten Beispiel sagt: „Es ist ohne weiteres zu sehen: die Frau“ (bei der Geburt) „leidet viel mehr als der Mann“ (bei seiner Gallensteinkolik), so kann dies meines Erachtens nicht unwidersprochen bleiben.

Eine normale Geburt und der damit verbundene Wehenschmerz sind als physiologische, naturnotwendige Vorgänge zu bewerten. Es ist mir öfter von Frauen, die normale Entbindungen durchgemacht hatten, bestätigt worden, daß die Wehenschmerzen gut auszuhalten und ganz andersartig sind wie z. B. Schmerzen bei einer Gallensteinkolik. Außerdem ist der normale Wehenschmerz nach meiner Erfahrung durch ärztlichen Zuspruch beeinflussbar. Wenn es dem Arzt gelingt, den richtigen psychischen Konnex zu der Gebärenden herzustellen, ihr Vertrauen zu stärken und ihr den festen Glauben zu geben, daß die Geburt bald zu einem guten Ende führen werde,

so ist man oft erstaunt, wie ruhig und ohne große Schmerzáußerung die Frau alles Weitere erträgt.

Ich erinnere mich z. B. eines Falles aus meiner Praxis, wo ich das Schreien der Gebärenden schon hörte, als ich zur Haustür heraustrat, obwohl die Wohnung der Patientin mindestens 150 m von der meinen entfernt lag. Ich war noch keine Viertelstunde bei der Frau, da hatte ich sie schon soweit, daß das Schreien völlig aufhörte, und der Rest der Geburt sich in aller Ruhe abwickelte.

Ein Weiteres scheint mir noch sehr wesentlich zu sein: Die Geburt bedeutet einen Höhepunkt im Leben der Frau. Erst eine Frau, die geboren hat, ist wirklich „Weib“ geworden. Wir wissen, wie sehr die weibliche Psyche abhängig ist von den Vorgängen der Genitalsphäre, und wie häufig nervöse Störungen durch Störungen des Genitalapparates ausgelöst werden. Sollte es nun für die Psyche der Frau ganz gleichgültig sein, ob sie den Höhepunkt des weiblichen Lebens, die Vorgänge der Geburt und die damit verbundenen physiologischen Schmerzen bewußt erlebt oder nicht? Jeder Geburtshelfer kennt den fundamentalen Umschwung der Gefühle, den eine Frau fast augenblicklich erlebt, sobald die Geburt des Kindes beendet ist: Vorher höchste Kräfteanspannung, oft Verzweiflung, unmittelbar danach allgemeine Entspannung verbunden mit höchstem Glücksgefühl. Ich glaube, man beraubt die Frau eines für sie bedeutungsvollen psychischen Erlebnisses, wenn man sie diesen Gipfelpunkt der Geburt ohne zwingenden Grund nicht bei vollem Bewußtsein erleben läßt¹⁾.

Zusammenfassend möchte ich sagen: Die Vorschläge von Herrn Geh.-Rat Sellheim zur allgemeinen Einführung der Schmerzlinderung unter der Geburt erscheinen mir zu weitgehend. Sie könnten in dieser Form leicht zu kritiklosem Schematismus führen.

Den Geburtsschmerz lindern soll man meines Erachtens nur in den Fällen, wo er wirklich das physiologische Maß überschreitet. Dies dürfte wohl meist zutreffen bei älteren Erstgebärenden, bei sehr empfindlichen Frauen und bei pathologischen Geburten.

Die Entscheidung darüber, wann eine Schmerzlinderung angebracht ist, muß aber dem Arzte überlassen bleiben. Die Hebammen sind lediglich darüber aufzuklären, daß und in welcher Weise Schmerzlinderung bei Geburten möglich ist.

Dr. Neumann, Dassow (Meckl.).

¹⁾ Es würde, glauben wir, alle Leser interessieren zu erfahren, wie die Frau selbst über diesen Punkt denkt. Vielleicht hätten einige Kollegen-Frauen die Freundlichkeit sich hierzu zu äußern. Die Schriftl.

Anfragen aus dem Leserkreis.

I. Hat die Löwensteinsche Schutzsalbe zur aktiven Immunisierung gegen Diphtherie Wert?

Von

Prof. Seligmann in Berlin.

Der Gedanke, durch eine perkutane Methode Antikörperbildung und Immunität beim Menschen zu erzielen, ist durchaus beachtlich. Die Tatsache der Resorption von Antigenen und der im Gefolge eintretenden Antikörperbildung ist verschiedentlich beobachtet worden. Bei einem Verfahren der Massenimpfung, das an Kindern angewandt wird, sind alle Methoden, die unangenehme Eingriffe vermeiden lassen, erwünscht. Die Scheu, die heute noch in weiten Kreisen gegenüber Einspritzungen in und unter die Haut besteht, muß, so wenig berechtigt sie sein mag, berücksichtigt werden. Daher war der Gedanke von Löwenstein, einen Impfstoff zu finden, der in Form einer Salbe in die Haut eingerieben wird, glücklich. Der wesentliche Bestandteil des Impfstoffes ist ein mit Formalin entgiftetes Toxin.

Von den drei Forderungen, die Löwenstein selbst an die Brauchbarkeit eines Impfstoffes gestellt hat, nämlich absolute Harmlosigkeit, leichte Durchführbarkeit und genügende Wirksamkeit sind die beiden ersten erfüllt. Irgendwelche Schädigungen, abgesehen von gelegentlichen Aknebildungen, sind bei einer großen Anzahl von Kindern, die mit der Salbe behandelt wurden, nicht aufgetreten. Die Salbenbehandlung selbst stößt nirgends auf Widerspruch. Das Einreiben in die Haut ist von einem gewöhnlichen leichten Massieren gar nicht zu unterscheiden; immerhin erfordert die Einreibung wegen der für die Verreibung vorgeschriebenen Menge eine gewisse Zeit. Bleibt die Frage der Wirksamkeit. Hier sind die Ansichten recht widersprechend. Während Löwenstein selbst und eine Reihe seiner Mitarbeiter in Österreich über sehr günstige Resultate berichten, und auch im Tierversuch den Nachweis der Antikörperbildung geführt haben wollen, sind andere Untersucher und Beobachter zu gegenteiligen Ergebnissen gekommen. So hat Gegenbaur über Massenimmunisierungen in Wiener Kindergärten berichtet, und dabei nicht den geringsten Erfolg eines Diphtherieschutzes bei mehr als 10000 Kindern feststellen können. Auch in Deutschland lauten die Ergebnisse im allgemeinen ablehnend. Untersuchungen, die in einem Kindererholungsheim der Stadt Berlin angestellt wurden, und über die Blumenthal und Nassau berichtet haben, zeigen, daß die Schickreaktion bei den behandelten Kindern nur in einem relativ kleinen Prozentsatz negativ wurde, daß Antitoxinbildung im Blut überhaupt nicht beobachtet wurde und daß ein Schutz der Erkrankten gegen Diphtherie nicht mit Sicherheit erreicht wurde.

Unter diesen Umständen kann eine Empfehlung des Verfahrens für allgemeine Schutzimpfungen zurzeit nicht gerechtfertigt werden. Mir ist bekannt, daß Löwenstein an der Verbesserung seines Impfstoffes arbeitet. Man wird, wenn dieser Impfstoff wirklich Verbesserungen bringt, der Frage nochmals unvoreingenommen näherzutreten müssen.

Prof. Seligmann, Berlin C2, Fischer-Str. 39.

2. Welche Bedeutung hat die Wasserstoffionenkonzentration im menschlichen Körper?

Von

Prof. Dr. Klothilde Gollwitzer-Meier
in Charlottenburg.

Die funktionellen Leistungen der Zellen und Organe, der Ablauf fermentativer und chemischer Reaktionen ist von dem ionalen Gleichgewicht im Körper und in seinen Säften, vor allem von der Wasserstoffionenkonzentration abhängig.

Jedes Ferment besitzt ein Reaktionsoptimum, bei dem es seine maximale Wirkung entfaltet. Das Reaktionsoptimum der Zellfermente des Körpers (Katalasen, Ureasen usw.) liegt bei oder nahe der Blutreaktion. Jede Verschiebung der Reaktion aus dem optimalen Bereich verschlechtert die Bedingungen für den Ablauf fermentativer Prozesse. Ähnliches gilt für den Ablauf chemischer Reaktionen. Die Wasserstoffionenkonzentration ist ferner von Einfluß auf die Wasseraufnahme an die Zellkolloide, ihre Hydratation und Dehydratation, ihre Oberflächenspannung, ihre elektrische Ladung, ihre Ionenadsorption, ihre Suspensionsstabilität. Mit der Quellung und Oberflächenspannung von Grenzflächenkolloiden ändert sich die Permeabilität der Grenzflächen. Ferner wird die funktionelle Leistung von Organen und Organsystemen von der Wasserstoffionenkonzentration beeinflußt, so die Tätigkeit des Atemzentrums, der Niere, aber auch der Gefäße, des Herzens.

Die Erhaltung einer konstanten Reaktion, der „Isohydrie“ ist für das Leben wichtiger als die Erhaltung des Gleichgewichts anderer Ionen oder die Erhaltung des osmotischen Drucks. Starke Verschiebungen der Wasserstoffionenkonzentration nach der sauren oder nach der alkalischen Seite sind mit dem Leben nicht vereinbar. Ein kompliziertes Regulationssystem schützt den Körper vor Änderungen seiner Reaktion. Der Körper wahrt die Konstanz seiner Wasserstoffionenkonzentration etwa 10000mal genauer als die der übrigen Ionen.

Prof. Dr. Klothilde Gollwitzer-Meier, Charlottenburg,
Thüringer Allee 12, St. Hildegard-Krankenhaus.

Redigiert von Dr. E. Hayward in Berlin.

Aus Wissenschaft und Praxis.

Fortschritte auf den einzelnen Sondergebieten.

Es finden abwechselnd sämtliche Sonderfächer Berücksichtigung.

I. Innere Medizin.

Konstitutionelle Betrachtungen über die Speicherungskrankheiten

werden von L. Borchard (Königsberg) angestellt (Med. Klin. 1931 Nr. 41). Der Ausdruck „Speicherungskrankheiten“ oder Thesaurismosen stammt von v. Gierke, der darunter eine Reihe von Veränderungen zusammenfaßt, die nach Art, Entstehung und Bedeutung unter sich sehr verschieden, das eine gemeinsam haben, daß ein bestimmter Stoff in zunehmender Weise eingelagert wird. Es handelt sich hier um eine bisher wenig beachtete Eigenschaft des Organismus, die zu exogenen und endogenen Krankheiten führen kann. Nach der Natur der Stoffe werden sie eingeteilt in Eiweiß-, Fett-, Lipoid-, Abbauprodukt- usw. Krankheiten. In der Art und Weise, wie der Organismus hier reagiert, bestehen sehr wesentliche, konstitutionell bedingte Unterschiede. Die Speicherungstendenz bei vielen körpereigenen Substanzen ist bei Schmal- und bei Breitbrüstigen durchaus verschieden. Bei den Leptosomen (Asthenikern) besteht eine negative, bei den Eurysomen (Pyknikern) eine positive Speicherungstendenz. Die Retention ist also weniger physikalisch-chemisch als biologisch bedingt. Dies zeigt sich besonders bei der Ablagerung von Kalk, Fett und Harnsäure. Bekannt ist z. B., daß die Uratretention bei Gichtikern nicht allein vom Harnsäuregehalt des Blutes abhängt, denn sie fehlt bei der Leukämie, bei der der Harnsäuregehalt des Blutes viel höher ist, als bei der Gicht. Das gleiche gilt für die Kalkgicht, die auch ohne Kalkübersättigung des Blutes eintreten kann. Im Gegensatz zu den Zirrhosen und Sklerosen der Eurysomen speichern die Leptosomen oft so wenig Grundsubstanz des Stütz- und des elastischen Gewebes, daß die Knochenstruktur zart, das Bindegewebe schwach bleibt. Hierdurch kommt es zu Ptosen, Hernien, Gebärmutterensenkung, Plattfuß usw. Ob die erhöhte Speicherungstendenz allen Pyknikern eigen ist, ob sie in gleichem oder in verschiedenem Maße für die verschiedenen intermediären Stoffwechselprodukte besteht — diese und andere Fragen müssen noch näher bearbeitet werden. Ihre Bedeutung liegt nicht nur in der dadurch möglichen Vertiefung unserer Kenntnisse der Konstitutionsfragen, sie zeigt uns auch neue Wege für Prophylaxe und Therapie. Bei Asthenischen, Leptosomen ist die herabgesetzte Speicherungstendenz zu erhöhen, während umgekehrt bei den Pyknikern die durch die erhöhte Speicherungstendenz drohende Gefahr chronischer Krank-

heiten rechtzeitig zu bekämpfen ist. So ist hier die Zufuhr von Fett, Lipoiden, Harnsäure, Kalk usw. einzuschränken, eventuell eine Änderung der Reaktion der Gewebe anzustreben. Besonders viel erwartet B. hier von der alten Säfte-(Humoral-)therapie. Blutentziehung, Ableitung auf den Darm u. dgl. leisten hier wertvolle Dienste. Bade- und Mineralwasserkur, Radium und Elektrizität wirken gleichfalls hauptsächlich durch Anregung des Säftestroms. Die Verhütung und Behandlung der positiven und negativen Speicherungsvariationen ist mit die wichtigste Aufgabe der Konstitutionstherapie.

Klinische Beiträge zum Drüsenfieber

gibt H. Becker aus der Med. Universitätsklinik Leipzig (Münch. med. Wschr. Nr. 38). Pfeiffer hat im Jahre 1889 den Symptomenkomplex des Drüsenfiebers zuerst beschrieben und als neue spezifische Infektionskrankheit betrachtet. Die Pfeiffersche Ansicht konnte sich nicht durchsetzen und geriet fast in Vergessenheit. Erst in den letzten ca. 10 Jahren sind ähnliche Erkrankungen erneut beschrieben und mit verschiedenen Namen belegt worden. In Deutschland gingen sie meistens unter der Bezeichnung „Monozytenangina“ oder „Angina mit atypischer Lymphozythämie“. Hierbei wird, wie B. nachweist, die Angina, die nicht im Mittelpunkt des Krankheitsbildes steht und auch fehlen kann, entschieden überbewertet. Die Erkrankung ist nicht selten, denn B. konnte allein im letzten halben Jahre 10 sichere Fälle beobachten. Das Krankheitsbild setzt sich zusammen aus einem typischen Blutbild, Fieber, generalisierten Drüenschwellungen, Leber- und Milzschwellung. Das Blutbild zeigt vor allem eine starke Vermehrung der lymphatischen Zellen, besonders der großen Lymphozyten, die reichliche Variation von Kernlagerung und Größe zeigen. Die Monozyten sind meist nicht vermehrt. Die Oxydasereaktion war meist negativ. Die Eosinophilen konnten verschwinden oder vermindert sein. Das rote Blutbild war stets normal. Die Fieberdauer betrug zwischen 9 und 27 Tagen. Eine Angina trat, wenn überhaupt, meist erst Ende der 2. Woche ein. Die Drüenschwellung überdauerte meist die Fieberperiode. Es erkrankten hauptsächlich Männer in jugendlichem und mittlerem Alter. Ein spezifischer Erreger ist bisher noch nicht mit Sicherheit gefunden worden. Von Komplikationen sind außer Angina besonders Konjunktivitis, generalisiertes Exanthem und Herznephritis zu erwähnen. Differentialdiagnostisch kommen besonders typhöse Erkrankungen sowie lymphatische Leukämie in Betracht. Wahrscheinlich sind die früher mitgeteilten Fälle von geheilter Leukämie hierzu zu zählen.

Über Ursachen von Rückenschmerzen

spricht eingehend O. Dittmar (Heidelberg) (Med. Welt 1931 Nr. 36). Die klinische und die röntgenologische Untersuchung lassen oft im Stich. Wichtig ist eine genaue Vorgeschichte. Früher (und auch jetzt noch) war „Lumbago“ eine beliebte Diagnose. In der Mehrzahl der Fälle sind Veränderungen am Skelettsystem die Ursache. Trotzdem darf auf das Röntgenbild kein zu großer Wert gelegt werden, denn häufig liegt der Ausgangspunkt der Beschwerden an ganz anderer Stelle. Rückenschmerzen können von den verschiedensten Körpergegenden aus zustande kommen. Bekannt sind die Kreuzschmerzen, die auf gynäkologische Erkrankungen zurückzuführen sind. Häufig sind aber auch hier nicht Lageveränderungen der Genitalien sondern rheumatische Erkrankungen, statische Veränderungen verantwortlich zu machen. Auch durch Enteroptose können Rückenschmerzen bedingt sein. Bei der Spondylitis bestehen oft erhebliche Differenzen zwischen den Beschwerden und dem objektiven, insbesondere dem röntgenologischen Befund. Hochgradige Veränderungen der Wirbel können ohne Schmerzen bestehen. Die Schmerzhaftigkeit ist wahrscheinlich bedingt durch die Beteiligung der Gelenkkapseln, nicht oder nur selten durch Druck auf die austretenden Nerven. Noch nicht völlig geklärt ist auch die Frage, wieweit die Sakralisation des 5. Lendenwirbels zu Schmerzen führt. Sie wird nicht selten als zufälliger Nebenbefund festgestellt. Besonders zu beachten sind auch Erkrankungen der Symphysis sacro-iliaca. — Die sogenannten statischen Rückenschmerzen können sehr verschiedene Ursachen haben. Man denke namentlich an Coxa vara, X- und O-Bein sowie an Plattfuß. Die Frage, ob es echt myogene Rückenschmerzen gibt, ist schwer zu beantworten. Es bestehen ja auch erhebliche Differenzen darüber, wo der echte muskuläre Schmerz zustande kommt. Mit v. Baeyer nimmt D. an, daß nicht das Muskelgewebe sondern hauptsächlich die Muskelfaszie und die bindegewebige Substanz des Muskels die Schmerzempfindung vermitteln. Dies wird wahrscheinlich gemacht durch einen von D. vorgenommenen Selbstversuch: Nach lokaler Anästhesierung wurde die Haut über dem Bizeps gespalten. Zug an der Faszie löste lebhafte Schmerzen aus. Nach Spaltung der Faszie, die nur eine geringe Empfindung auslöste, wurde mehrfach an den Faszienlappen Zug ausgeübt, wobei wiederum intensiver Schmerz entstand. Inzision des Bizeps selbst und Zug an einzelnen Muskelbündeln löste nur eine unangenehme Empfindung aus. Bei der echten Lumbago handelt es sich um einen sogenannten Rheumatismus infectiosus, bei dem eine Veränderung der Muskelsehnen durch das rheumatische Virus vorliegt. Die von diesem nervenreichen Gewebe ausgehenden Schmerzen führen zur Fixation der zugehörigen Muskulatur und damit zur spastischen Bildung von Muskelhärtungen.

Bei den nichtrheumatischen sogenannten Muskelschmerzen kommt aber der Schmerz in der Faszie und im bindegewebigen Teil des Muskels zustande, nicht aber in den daneben bestehenden Verhärtungen in der Muskulatur, die als Sekundärerscheinung aufzufassen sind. Der sogenannte Muskelrheumatismus ist also als Faszienrheumatismus anzusehen. H. Rosin und K. Kroner (Berlin).

2. Chirurgie.

Narkosefragen.

Über Ephetoninjektionen zur Vorbeugung von Folgen der Lumbalanästhesie schreibt Placitelli-Venedig (Polisclinico 1931 Nr. 24). Er teilt die guten Resultate mit, welche er mit der subkutanen Injektion von Ephetonin zur Verhütung verschiedener, nach Lumbalanästhesie auftretender, unangenehmer Folgeerscheinungen erzielt hat. In einer Serie von 356 Fällen hat das Präparat stets den Anforderungen entsprochen. 10 Minuten vor Ausführung der Lumbalpunktion injizierte Verf. nach Messung des Blutdrucks eine Ampulle Coffein zu 0,2 und eine Ampulle Ephetonin zu 0,05. Die so vorbereiteten Patienten haben fast alle die Lumbalanästhesie ohne irgendwelche unangenehmen Nebenerscheinungen, wie man sie früher sehr häufig zu beobachten hatte, vertragen. In einigen wenigen Fällen sank der Blutdruck um geringe Werte, stieg aber sofort nach einer Injektion innerhalb von wenigen Minuten auf normale Höhe an.

Tropakokain zur Lumbalanästhesie empfiehlt Solá Surís (Barcelona). (Rev. méd. Barcelona 1931 Nr. 91.) Er wendete die Lumbalanästhesie mit Tropakokain (Originalampullen) in folgenden Fällen an: 1. Zur Reduktion von Frakturen und Luxationen, wobei ausreichende Anästhesie und Erschlaffung erzielt wurde; 2. bei Amputationen sowie Eingriffen an den unteren Extremitäten und dem Damm; 3. bei eingeklemmten Brüchen; diese Indikation stellt die größte Anzahl von Lumbalanästhesie mit Tropakokain. Die Resultate waren stets zufriedenstellend; die nach Beseitigung des Hindernisses einsetzende Peristaltik fördert die Entleerung des Darmes; 4. bei akuter Appendizitis; bei Laparotomien; bei diffuser Peritonitis infolge Magenperforation oder Darmverschluß; auch hier war die Anästhesie stets ausreichend; 5. bei gynäkologischen Erkrankungen, z. B. in einem Fall von Ovarialzyste mit 23 l Inhalt bei einer 84-jährigen Frau; bei ektopischer Schwangerschaft mit Symptomen akuter Anämie; die Erfolge waren stets ausgezeichnet. Lähmungserscheinungen an den unteren Extremitäten werden bei Tropakokaingebrauch seltener beobachtet als bei anderen Anästhetika; sie verschwinden noch ehe die Anästhesie zu Ende geht. Die Sensibilität kehrt nach ca. 2 Stunden wieder; bei fast allen Kranken stellt sich ca. 6 Stunden nach der Ope-

ration wieder normale Blasenfunktion ein. Das vollständige Fehlen von postoperativem Erbrechen ist die Regel; auch die bei anderen Anästhetizis häufig beobachtete Blässe des Gesichtes ist nach Tropakokaingebrauch nicht zu bemerken. Verf. hat niemals unangenehme Zufälle erlebt, obwohl er Kranke im Schockzustand und sehr alte Patienten (60, 75, 84, 94 Jahre) operiert hat.

Über Todesfälle bei Avertinnarkosen schreibt v. Scanzoni (Bonn) (Zbl. Chir. 1931 Nr. 36). Er hat im ganzen 300 Avertinnarkosen durchgeführt mit Dosen von 0,1–0,15 g/kg. 6 Patienten starben während oder unmittelbar nach der Narkose. Im ersten Fall (Hüftluxation) konnte eine Fettembolie als Ursache, also nicht Avertin, erkannt werden. Im zweiten Fall, einem Kleinhirntumor, ist auch die Schuldfrage zweifelhaft; plötzlicher Tod kommt bei Eingriffen in der hinteren Schädelgrube nicht selten vor. Allerdings war die verwandte Dosis von 0,15 g/kg (60 kg) vielleicht etwas hoch. Der dritte Todesfall betrifft ein 4jähriges Kind, das wegen Gaumenspalte operiert wurde; hier konnte ein Status thymicolymphaticus als Todesursache angesehen werden. Bei einer Basedowkranken, bei der die Sektion zugleich einen Status thymicolymphaticus ergab, wird keine Schuld des Avertin angenommen, ebenso bei 2 weiteren Basedowkranken, bei denen es zu plötzlichem Herzstillstand kam. Ein sicherer Avertintodesfall lag also in keinem Falle vor; nur 2 mal lagen die Verhältnisse so, daß man Avertin als mitschuldig betrachten könnte. 4 mal (3 mal Basedow, 1 mal Gaumenspalte) fand man einen schweren Status thymicolymphaticus. Basedowoperationen in Avertinvollnarkose zeigen eine geringere Mortalität als in reiner Äthernarkose oder Avertinäther- oder Solaesthinnarkose.

Über Avertin als Basisnarkotikum berichten York und Schork (South. Med. J. 1931 Bd. 24 Nr. 3). Unter mehr als 2000 Avertin-Basisnarkosen in Baltimore war kein einziger Narkosetodesfall. Besonders empfehlenswert ist Avertin bei sehr nervösen Kranken, bei Schilddrüsenoperationen, bei Frakturen alter Patienten, die eine Narkose erfordern (Verringerung der postoperativen Pneumoniegefahr) und bei Mundoperationen zumal mit Kauterisationen. Im Gegensatz zu der Behauptung, daß Tuberkulose eine Kontraindikation bilde, wurden von Y. und Sch. mit Avertin gerade bei bestehender aktiver Lungentuberkulose besonders gute Resultate erzielt; sie halten es hier, wenn Lokalanästhesie nicht zugänglich, für das Narkotikum der Wahl. Vorsicht ist bei Hypertonie geboten, da hier der Druckabfall durch Avertin besonders stark ist und bei kardiorenalen Störungen zu starker Verminderung der Harnsekretion, zu unerwünschter Avertinspeicherung im Blute und unter Umständen zu Urämie führen kann. In der Diskussion faßt Wharton (Baltimore) seine Erfahrungen während 20 Monaten mit Avertin dahin zusammen, daß

Avertin wohl das angenehmste Narkotikum für den Patienten sei. Bezüglich der Sicherheit, die bei Äther größer sei, mache Avertin sehr große Sorgfalt erforderlich. Der Blutdruckabfall und die Blässe der Patienten seien oft unangenehm, wenn auch nicht gleich gefährlich, aber der respiratorische Kollaps sei um so mehr zu befürchten, als man das Narkotikum nicht mehr entziehen könne. Äther nach vorheriger Avertingabe ist vorsichtig anzuwenden.

Wharton erklärt dann, in den letzten 18 Monaten von 5 Todesfällen nach Avertin gehört zu haben, einer davon habe einen eigenen Kranken betroffen. Jedesmal sei Atemlähmung die Ursache gewesen. In dem von ihm selbst beobachteten Fall habe das Herz noch 4 Stunden lang nach erfolgtem Atemstillstand fortgefahren zu schlagen. W. betrachtet Avertin nicht als ideales Narkotikum, es habe aber doch so viele, besonders auch subjektive Vorteile für den Kranken, daß er es mit allen Kautelen weitergibt. York meint im Schlußwort, daß eine Unterbrechung der Narkose jederzeit durch Darmspülung möglich sei. Nausea sei in 40 Proz. nach Avertin-Basisnarkose, in 85 Proz. nach reiner Äthernarkose aufgetreten.

Pantokain an Stelle von Novokain für den praktischen Arzt empfiehlt M. Schüle (München) (Münch. med. Wschr. 1931 Nr. 35). Es bietet auch dem Praktiker in der kleinen Chirurgie so große Vorteile, daß es an Stelle von Novokain treten sollte. Die Lösung in den fertigen Ampullen mit Suprarenin ist ebenso schnell wirksam wie Novokain, doch hält die Anästhesie 2–3 mal so lange an. Der bei kleinen Eingriffen oft sehr erhebliche Wundschmerz wird so weit hinausgezögert, daß man ohne Morphium auskommt. Während die Wirksamkeit von Novokain bei Entfernung des Nagels mittels Oberstscher Anästhesie nach $1\frac{1}{2}$ – $1\frac{3}{4}$ Stunden erschöpft ist, kehrt nach Pantokain das Gefühl erst nach 4–6 Stunden wieder zurück. Unangenehme Nebenwirkungen wurden bei der angewandten Konzentration 2:1000 nie beobachtet. Die Anästhesie tritt bei Leitungsanästhesie nach 8–15 Minuten ein. Hayward (Berlin).

3. Geburtshilfe und Frauenleiden.

Das Puerperium nach Vielfruchtgravidität

hat N. A. Gidalewitsch-Leningrad zum Gegenstand einer eingehenden Untersuchung gemacht (Reichsinstitut f. Geb. u. Gynäk.; Klinik f. Puerperalerkrankungen: Bublitschenko) und kommt zu folgenden Ergebnissen (Mschr. Geburtsh. Bd. 84 Nr. 4): Es kommen 3 mal soviel fieberhafte Erkrankungen vor als nach Einlingschwangerschaft, 10 mal soviel Mortalität. Die Anzahl der operativen Eingriffe ist häufiger; hierbei ist die Morbidität fast doppelt so groß als bei Geburten ohne operative Eingriffe. Auch mehr septische Prozesse kommen

vor. Die Mehrlingsgeburt gibt Anlaß zur Subinvolution der Uterus.

Zur Frage der Höhenstrahlung der laktierenden Mamma

kommen **Heinr. Küstner** und **Rudolf Börner** - Leipzig (Univ.-Frauenkl.: Sellheim) zu dem Ergebnis (Mschr. Geburtsh. Bd. 84 Nr. 4), daß eine Verstärkung der Milchsekretion hierdurch nicht beobachtet werden konnte.

Frauenmilch-Sammelstelle (FMS.)

bearbeitet **Marie-Elise Kayser** - Erfurt (Landesfrauenkl.: Kayser) und stellt fest (Mschr. Geburtsh. Bd. 84 Nr. 4), daß mit der sterilen Frauenmilch in einer großen Zahl von Fällen Nutzen gestiftet werden kann. Im Rahmen der Sammelstelle hat man auch immer noch die Möglichkeit, im Bedarfsfalle den ortsangesessenen Patienten eventuell Rohmilch zukommen zu lassen. Würden sich die großen Städte zur Einrichtung derartiger Sammelstellen entschließen können, so müßte daraus ein Vorteil für die kranken und gefährdeten Säuglinge herauschauen.

Über Beziehungen zwischen Psoriasis und Ovarialfunktion

berichtet **Karl Hoede** - Würzburg (Univ.-Klinik f. Hautkrankheiten: Zieler) und bringt wichtige praktische Ergebnisse (Mschr. Geburtsh. 1930 Nr. 5—6). Ein ursächlicher Zusammenhang der Schuppenflechte mit der physiologischen Amenorrhöe ist unwahrscheinlich. Störungen der Eierstockstätigkeit finden sich bei Psoriasis-kranken selten. Die Empfängnisfähigkeit ist nicht herabgesetzt. Eine Schwangerschaftsamenorrhöe hat meist günstigen Einfluß. Der Wiedereintritt der Menses ist häufig, in manchen Fällen regelmäßig mit einem Rückfall verbunden. Um die Zeit der Wechseljahre und später kommen zwar noch Rückfälle, vereinzelt auch Erstausrüche vor, jedoch viel seltener als während der Zeit der Geschlechtsreife. Es scheint ein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Psoriasis im Kindesalter und der Tätigkeit der Thymusdrüse möglich. Eierstockspräparate sind daher bei Psoriasis überflüssig. Operative und Röntgenkastration, sowie andere Operationen an den Genitalien können ohne weiteres vorgenommen werden.

Uterusruptur in der Schnittnarbe nach Sectio caesarea

beschreibt **Franz Istel** - Beuthen O. S. (Gynäk. Abt. am Städt. Krankenhaus: Istel) und kommt zu folgender Beurteilung des Falles (Mschr. Geburtsh. 1930 Nr. 5—6): Dem mit einer Sektio-narbe behafteten Uterus selbst bei sorgfältigster Naht können nicht wiederholte Graviditäten zugemutet werden. Nach der ersten Sektio endete die zweite Gravidität mit Abort (Lues?) im 4. Monat;

bei der nächsten Schwangerschaft 2 Jahre nach der ersten Sektio erfolgte Uterusruptur, die mit supravaginaler Amputation beendet wurde. Heilung. Es ist also bei einer zweiten Entbindung nach Sektio größte Vorsicht nötig. Es wäre wünschenswert, wenn alle derartigen Fälle veröffentlicht würden (Ref.).

Ein kasuistischer Beitrag zur Kollision zwischen Berufsgeheimnis und Anzeigepflicht

wird von **Ernst Matthias-Breslau** (Pathol.-anatom. Institut d. Univ.: Henke) veröffentlicht (Mschr. Geburtsh. 1930 Nr. 5—6). Durch Mißhandlungen einer Schwangeren kann unter Umständen ein Abort, eine Frühgeburt oder am Ende der Zeit die Geburt eines toten oder gesundheitlich geschädigten Kindes herbeigeführt werden. Hier kann es zu einer Kollision zwischen Berufsgeheimnis und Anzeigepflicht kommen, wenn dem Arzte die Mißhandlung als Berufsgeheimnis anvertraut war. Nach den bisherigen Gesetzesbestimmungen muß das letztere unbedingt gewahrt bleiben.

Die Stellungnahme eines Praktikers zur Kjellandzange

wird von **Gustav Kleinberger** - Zagreb (Jugoslawien) dargelegt (Mschr. Geburtsh. 1930 Bd. 95 Nr. 2—3). Zumeist waren die Fälle nicht mehr geeignet gewesen, ohne wesentliche Gefahren für die Mutter, für eine der Schnittentbindungsmethoden. Früher mußte man dem sicheren Absterben des Kindes mit verschränkten Armen zusehen oder vor Anlegung des Perforatoriums am lebenden Kinde den für Mutter und Kind mit gleich großen Gefahren verbundenen Zangenversuch bei nicht zangengerecht stehendem Schädel wagen, welcher eventuell kompliziert war durch unvorbereitete Weichteile und dadurch zu einem der gefährlichsten und folgenschwersten Eingriffe werden konnte. Hier tritt die Kjellandzange in ihr Recht. Aber so erfolgreich das Instrument in der Hand des geübten und erfahrenen Fachmannes gehandhabt werden kann, so gefährlich kann es werden in unerfahrenen Händen. Verf. bespricht in sehr anschaulicher Weise die Methoden der Anlegung der Kjellandzange bei den verschiedenen Lagen und auch die besonderen Vorsichtsmaßnahmen, die man bei der Rotation beobachten muß und sagt mit Recht, daß es mehr auf die Erfahrung und manuelle Geschicklichkeit ankommen wird, ob und mit welchem Erfolg wir uns der K. Z. bedienen werden. Sicher ist es, daß wir im gegebenen Falle mit keinem der bisher üblichen Zangenmodelle bei hochstehendem, also nicht zangengerecht stehendem Schädel, wenn wir gezwungen sind, einzugreifen, relativ so leicht unsere Aufgabe lösen werden, wie mit der K. Z. Ref. schließt sich diesen Ausführungen voll und ganz an und wiederholt die schon öfter von ihm aufgestellte Forderung, daß das Anlegen der K. Z.

an jedem klinischen Institute genau so geübt werden muß, wie das Anlegen der Naegeleschen Zange.

Über menstruelle Blutungen in der Schwangerschaft

berichtet Willibald-Münster (Westf.) (Univ.-Frauenkl.: Esch) und kommt zu folgenden Ergebnissen (Mschr. Geburtsh. Bd. 85, Nr. 4): Die in der Gravidität zum Regeltermin auftretenden abgeschwächten Blutungen sind nicht als Regelblutungen anzusehen und können für die Berechnung des Geburtstermins nicht in Frage

kommen. Tritt aber in der Schwangerschaft die Blutung einmal oder wiederholt in derselben Stärke und Dauer wie bei der normalen Menstruation auf, und ist ein Irrtum oder eine absichtliche Täuschung der Schwangeren ausgeschlossen, so können diese Blutungen echte Menstruationen vortäuschen. Die letzte Regel läßt sich dann nicht bestimmen. In diesen Fällen ist demnach der Zeitpunkt der angegebenen letzten Regel für die Berechnung der Schwangerschaftsdauer in Alimentationsprozessen nicht verwendbar.

Abel (Berlin).

Soziale Medizin.

I. Schließung von Krankenhäusern wegen Unterbelegung.

Von

Prof. Dr. W. Hoffmann,

Direktor im Hauptgesundheitsamt der Stadt Berlin.

Wie in anderen Städten Deutschlands hat auch in Berlin in den letzten Jahren im allgemeinen ein gewisser Mangel an Krankenhausbetten¹⁾ bestanden, so daß in Epidemiezeiten (Grippe) wiederholt sogar eine Bettennot eintrat, die u. a. auch zum Einsatz von Notbaracken²⁾ zwang. In diesen Verhältnissen trat Mitte 1930 ein wesentlicher, sich für die Zukunft stark auswirkender, Umschwung ein, auf die Hoffmann und Unger³⁾ zuerst aufmerksam machten. Von Anfang Juli nahm die Belegungsziffer, wie aus anliegender Zeichnung ersichtlich ist, plötzlich in starkem Maße ab und der Krankenbestand hielt sich auf diesem Tiefstande weiter bis zum Ende des Jahres, obwohl sonst in den Wintermonaten stets ein Ansteigen zu verzeichnen war. Die Belegung der Krankenhäuser änderte sich dann plötzlich wieder und zwar durch Auftreten einer Grippewelle Anfang 1931, durch die die Krankenhäuser schnell gefüllt wurden und der Einsatz von Baracken notwendig wurde. Nach Abflauen der Grippeepidemie (etwa März) trat wie im Vorjahre in wesentlich größerem Umfange eine Verminderung des Krankenbestandes ein, die Belegungskurve ging immer tiefer herunter und hat wahrscheinlich auch jetzt (November) noch nicht ihren Tiefstand erreicht, sie berührt jetzt die Belegungskurve des Jahres 1925. In welchem Maße die Krankenziffer sich verringert hat, zeigt die Tatsache, daß im Oktober sich rund 2000 Kranke weniger als im Januar in den städtischen Krankenhäusern befanden (Januar 1931: 13 660, Oktober: 11 620). Essen hatte bereits

im September 1930 einen Prozentsatz von 24,7 an freien Betten (1929: 16,4 Proz.), Hannover 26,4 Proz. (1929: 16,1 Proz.), Dresden 39,2 Proz. (1929: 21,4 Proz.). Bekanntlich fordert man jetzt, daß aus begreiflichen Gründen etwa 10—15 Proz. von den vorhandenen Betten unbelegt bleiben; in früheren Zeiten, in denen im Krankenhauswesen noch nicht so dringende und zwingende wirtschaftliche Not herrschte, betrug dieser Prozentsatz vielfach sogar 25 Proz.

Die Ursachen der Unterbelegung sind mannigfaltig; in erster Linie sind sie in der schlechten Wirtschaftslage zu suchen. Die Versicherungsträger (Krankenkassen) und die Wohlfahrt müssen unter dem dauernden Druck allgemeiner wirtschaftlicher Depression notgedrungen die Krankenhauseinweisungen durch scharfe Kontrolle der z. T. neugeschaffenen Vertrauensärzte auf das unbedingt notwendige Maß beschränken; auch die Selbstzahler suchen in weit geringerem Maße die Krankenhäuser auf. In den nichtkommunalen Krankenhäusern, in denen sich in gleichem ja meist in verstärktem Maße die Unterbelegung zeigt, werden besonders die 1. und 2. Klassebetten auffallend weniger in Anspruch genommen. Hinzukommt, daß die frei praktizierenden Ärzte weniger als bisher in Anspruch genommen und daher in der Lage sind, auch schwerere Fälle zu Haus behandeln zu können. Ein anderes Moment besteht darin, daß auf Grund von Notverordnungen weniger Hausgeld an die Krankenhauspatienten durch die Krankenkassen gezahlt wird (W. Pannwitz).¹⁾ Weitere Gründe sind u. a.: Rückgang der Bevölkerungsziffer, Besserung der Wohnungsverhältnisse, Rückgang der Infektionskrankheiten, Vermehrung der Arbeitslosigkeit, so daß mancher sich scheut, das Krankenhaus aufzusuchen, um nicht seine Arbeitsstelle zu verlieren.

Die Folge der Unterbelegung war, daß die Krankenhäuser bei der großen Zahl freier Betten unwirtschaftlich arbeiteten, da die Einnahmen durch die von den Krankenkassen in erster Linie eingehenden Kur- und Verfliegungssätze zurück-

¹⁾ Hoffmann, Krankenhausüberfüllung und soziale Krankenhausfürsorge, R.G.-Blatt 1926, Nr. 20.

²⁾ Hoffmann, Die Ausdehnung der Grippeepidemie in Berlin und einigen anderen deutschen Großstädten, Dtsch. med. Wschr. 1929, Nr. 31.

³⁾ Z. Krk.hauswes. 1931, Nr. 1.

¹⁾ Z. Krk.hauswes. 1931.

0.65 Mk.

0.65 Mk.

1.10 Mk.

1.40 Mk.

1.40 Mk.



0.55 Mk. und 1.10 Mk.

Diese unter physiologischen Bedingungen bei Bluttemperatur hergestellten kolloidalen und labilen Milcheiweiß-Präparate zeigen nicht nur einen völlig neuen Aufbau, sondern auch eine in vielen Kliniken eindeutig festgestellte überlegene therapeutische Wirkung gegenüber einfachen Mischprodukten

DEUTSCHE MILCHWERKE A.-G., ZWINGENBERG (HESSEN)

Für die Kassenpraxis

sind vom Hauptverband Deutscher Krankenkassen laut Arzneiverordnungsbuch 1930, Seite 78

Leo-Pillen

(Pilulae Leo)

zugelassen

Seit 20 Jahren beliebtes, von zahlreichen Klinikern, Internisten und praktischen Ärzten gern verordnetes, rein pflanzliches Laxans von überaus milder, stets prompter Wirkung. Frei von Phenolphthalein! (1-3 Pillen pro die, keine Gewöhnung!)

Indikationen: Alle Fälle der habituellen u. chronischen Obstipation, bei gynäkologischen Erkrankungen nach der Geburt, im Klimakterium, in der Kinderpraxis, bei funktionellen Erkrankungen des Darmes und bei deren Folgen.

Original-Packungen mit 60 Pillen
Klinik-Packungen mit 200 Pillen

Neu! Kassenpackungen mit 30 Pillen, Kassenpreis 1 Mark

Leo-Werke G. m. b. H., Dresden-N. 6, Wissenschaftliche Abteilung

Pyridium

(Salzsaures Salz von Phenylazo- α - α -Diamino-Pyridin)

das neuartige perorale Harnantiseptikum

3 mal täglich
2 Tabletten

Orig.-Röhre mit 12 Tabl. zu 0,1 g
Orig.-Glas mit 25 Tabl. zu 0,1 g
Anstaltspackung: Glas mit 100 Tabl. zu 0,1 g

Pyridium Corporation, New York

Alleinvertrieb:

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H., Mannheim-Waldhof

Verlag von Gustav Fischer in Jena

Neue Veröffentlichung

Die Stellung des Menschen im Rahmen der Wirbeltiere

Von

Othenio Abel

o. ö. Professor der Paläontologie und Paläobiologie an der Universität Wien

Mit 276 Abbildungen im Text und 1 Tabellenbeilage

XII, 398 S. gr. 8° 1931 Rmk 20.—, geb. 22.—

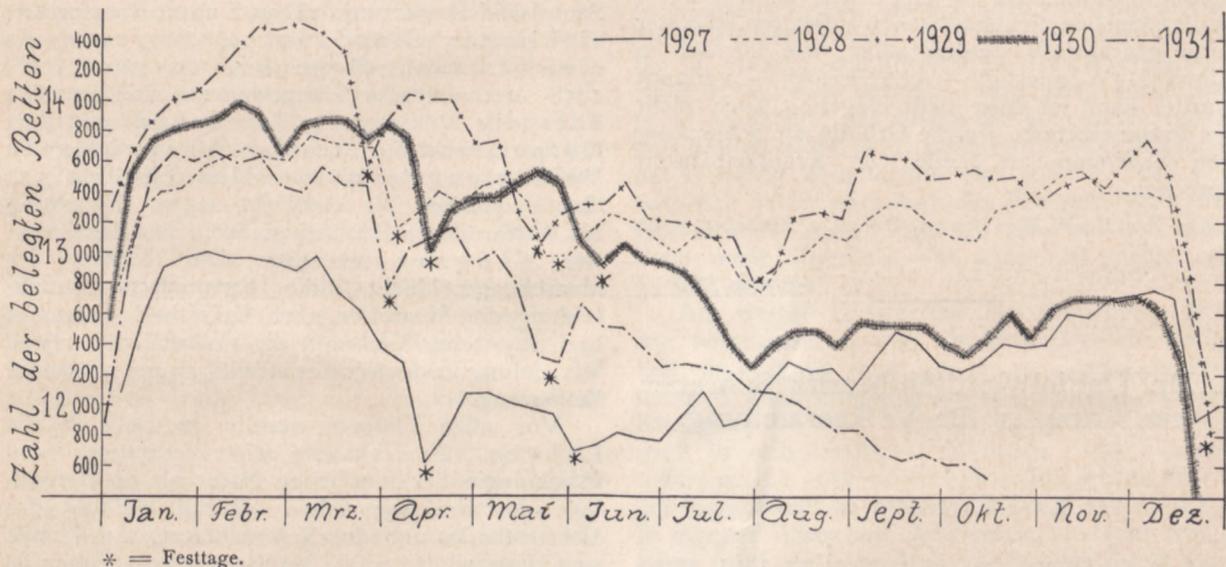
Inhalt: 1. Der gegenwärtige Stand des Problems der Stammesgeschichte des Menschen. / 2. Die Grundzüge der Gebißmerkmale der Primaten und deren stammesgeschichtliche Bedeutung. / 3. Die Hominiden des unteren und des mittleren Pliozäns. / 4. Die fossilen katarrhinen Affen. / 5. Die Tarsioidea. / 6. Die Lemuroidea. / 7. Die Chiromyoidea. / 8. Die geologischen Verhältnisse der Fundstellen alttertiärer Primaten. / 9. Paläobiologische Analyse des Primatengebisses. / 10. Die Analyse der Gliedmaßenanpassungen der Primaten. / 11. Die ursprüngliche Heimat der Hominiden. — Autoren- und Sachregister.

Dieses Buch ist als Versuch einer kritischen Würdigung aller bisher vorliegenden fossilen Primatenreste als historische Dokumente der Menschheitsgeschichte entstanden. In allen phylogenetischen Fragen hat das letzte Wort immer das historische Dokument, und das gilt ebenso auch für die Menschheitsgeschichte. — Von besonderer Wichtigkeit für die Darstellung war die Wiedergabe von guten und zahlreichen Abbildungen der fossilen Reste, die so vollständig und so gut wie nur möglich durchgeführt worden ist.

So hofft der Verfasser, der dank seiner Forschungen zum Begründer der Paläobiologie geworden ist, daß dieses Buch dazu beitragen wird, manche Irrtümer und Unsicherheiten der letzten Zeit zu beseitigen und zu klären. Vielleicht wird es helfen, den Grad des Verwandtschaftsverhältnisses des Menschen zu den lebenden und fossilen Menschenaffen, die Umstände der Menschwerdung, den Zeitpunkt der Abzweigung der Hominiden von den übrigen Primaten und die Lage der Urheimat des Menschengeschlechtes klarer zu erfassen und zu zeigen, auf welchen Grundlagen bei dem Fortschreiten der paläontologischen Untersuchungen über die menschliche Vorgeschichte weiterzubauen ist.

gingen, während die laufenden generellen Kosten ungefähr die gleichen blieben. Der Berliner Magistrat sah sich daher bereits 1930 gezwungen, zwei kleine Krankenhäuser und zwar — vorübergehend — zu schließen (Krankenhaus Gitschiner Str. und Blankenburg), d. h. Ärzte und Personal anderweitig unterzubringen oder zu entlassen, wodurch eine bessere Ausnutzung der anderen Anstalten erzielt wurde. Die beiden Krankenhäuser mußten während der Grippeepidemie Anfang 1931 zwar wieder in Betrieb genommen werden, sie wurden aber nach einigen Monaten erneut stillgelegt. Wegen des anhaltenden Absinkens der Belegungskurve reichten diese Maßnahmen in diesem Jahre nicht aus; der Prozentsatz der dauernd freien Betten stieg über 20 Proz., so daß noch zwei städtische Anstalten (Krankenhaus Zehlendorf und

gerichtet; es ist aber zuzugeben, daß bei der vielgliedrigen Organisation der nichtstädtischen Krankenhäuser es ungleich schwieriger ist, den Entschluß zum Schließen einer Anstalt zu fassen, zumal die wirtschaftliche Grundlage wie der Aufbau anders sind als bei den kommunalen Krankenhäusern. Immerhin bleibt die Tatsache bestehen, daß auch bei dieser Art von Krankenanstalten es im höchsten Grade unwirtschaftlich ist und es sich in der Jetztzeit kaum verantworten läßt, eine derartige Unterbelegung für längere Zeit zu ertragen; auch hier muß doch der Umfang der Mindereinnahmen eine Grenze haben! Es wäre hiernach nur eine Forderung wirtschaftlicher Vernunft und Gerechtigkeit, wenn man meinem Vorschlag folgte, den ich kürzlich im Gutachterausschuß des deutschen Städtetages



Kirchstr.) und einige Stationen in anderen Anstalten — vorübergehend — geschlossen wurden; im ganzen sind rund 2400 Betten stillgelegt worden. Trotzdem sind Anfang Oktober noch über 15 Proz. Betten frei.

Man darf jedoch diese für die Finanzen der Kommunalverwaltung, in erster Linie aber für die Krankenhausangestellten sich recht unangenehm auswirkende Unterbelegung der Krankenhäuser nicht nur vom kommunalen Standpunkt aus betrachten. Wie schon erwähnt, lassen die nichtstädtischen Krankenhäuser — die gemeinnützigen, meist konfessionellen — aber in noch höherem Grade die privaten Kliniken die gleichen ungünstigen Verhältnisse hinsichtlich der Belegung erkennen. Es ist das von rein wirtschaftlichen Gesichtspunkten aus betrachtet, nur eine logische Folgerung, daß auch die nichtstädtischen Krankenhäuser den harten Forderungen der jetzigen Zeit die gleichen Opfer bringen wie die kommunalen. Einen ersten Appell in diesem Sinne habe ich schriftlich und mündlich an diese Anstalten schon

machte, daß kommunale, gemeinnützige und private Anstalten nach der Zahl der ihnen zugehörigen Krankenbetten, sich entschließen müßten, gleichmäßig prozentual die Zahl der dem sinkenden Bedarf noch weiter zur Verfügung zu stellen den Krankenhausbetten zu vermindern.

Es ist nicht anzunehmen, daß diese „katastrophale“ Unterbelegung der Krankenhäuser, die bereits 1½ Jahre besteht und dauernd sich stärker auswirkt, bald ihr Ende erreicht hat. Vorübergehende Mehrbelegung wie durch Grippeepidemien u. a. oder durch verstärkte Zugänge infolge der ungünstigen Jahreszeit dürfen über die ersten tieferliegenden — rein wirtschaftlichen — Gründe nicht täuschen. Es ist nicht anzunehmen, daß die Krankenkassen in absehbarer Zeit sich wirtschaftlich derartig erholen werden, daß sie ihre strengen Prüfungsmethoden bei einer Einweisung der Versicherten in die Krankenhäuser lockern können und daß die Arbeitslosigkeit sich derartig bessert und damit die Zahl der Wohlfahrtserwerbslosen so zurückgeht, daß die Landesfürsorgeverbände

— also meistens die Kommunalverwaltungen betreffs Krankenhausbehandlung von Wohlfahrtskranken wieder so rücksichtsvoll verfahren können wie früher.

Äußerst schwierig ist die Frage, welches von mehreren Krankenhäusern geschlossen werden soll; vielleicht die ältesten, die kleinsten, die am wenigsten besuchten oder die, welche am teuersten arbeiten. In einer Großstadt wird meines Erachtens das regionäre Bedürfnis der Gesamtbevölkerung eines Bezirkes nach Krankenhausaufnahme in erster Linie ausschlaggebend sein, d. h. die Frage muß entscheidend sein, ob die Möglichkeit besteht, daß nach Schluß eines Krankenhauses hoch andere Möglichkeiten für die stationäre Behandlung von Kranken zur Verfügung stehen. Auf die Frage, ob städtische Krankenhäuser, die höhere Selbstkosten im Gegensatz zu den meist konfessionellen nichtstädtischen aufweisen, in erster Linie geschlossen werden sollen, wie kürzlich in Elberfeld (Wuppertal) — ohne Erfolg — verlangt wurde, kann ich hier nicht eingehen, auch nicht die Frage erörtern, welche Gründe zur Schließung von Stationen an Stelle von Krankenhäusern sprechen.

Prof. Dr. W. Hoffmann, Berlin C 2, Fischerstr. 39/40.

2. Dr. Daniel Gottlieb Moritz Schreber, ein Kämpfer für Volkserziehung.

Von

Dr. Karl Bornstein in Berlin.

Vor 70 Jahren, am 11. November 1861, starb erst 53 Jahre alt, der weithin bekannte Arzt, Volkserzieher und Volkshygieniker, Dr. Schreber, in Leipzig, wo er am 15. Oktober 1808 als Sohn eines Anwalts geboren wurde und in bahnbrechender Weise in Fragen der Volksgesundheit tätig war. Schon als Student lebte er Hygiene, lebte er das, was er später verkündete und lehrte. Er turnte, schwamm, ritt, „und diese Erfahrung am eigenen Körper“ schreibt sein Biograph Eduard Mangner, „war der fruchtbringende Ausgangspunkt alles dessen, was er in Wort und Schrift und Tat auf dem Gebiete des Turnens und der Heilgymnastik für andere gewirkt. Schreber hat an sich selbst den Maßstab und den Probestein gefunden, daß sein Ziel kein utopisches,

sondern ein der menschlichen Natur gemäßes, verwirklichtbares sei. Nur ein Mann, der mit der allseitigen Fachkenntnis durch sein eigenes Beispiel den Weg zur Erreichung jener Ausbildung zu zeigen imstande war, der an sich selber jene harmonische Entwicklung im kühnsten Sinne des Wortes zur Verwirklichung brachte, war berufen, der Vorkämpfer der harmonischen Ausbildung der Menschheit zu sein.“

Nach verschiedenen Reisen ließ sich Schreber 1836 in Leipzig nieder und wurde Dozent an der Universität. 1839 erschien das „Buch der Gesundheit“, 1842 „Kaltwasserheilmethode“. Da ihm die Errichtung einer Kinderheilanstalt nicht gestattet war, wandte er sich der Orthopädie zu. In seiner Anstalt gab es sehr viel turnerische Übungen statt der vielen Marterwerkzeuge. 1843 machte er eine Eingabe an die Sächsische Regierung: „Das Turnen vom erzieherlichen Standpunkte, zugleich als eine Staatsangelegenheit dargestellt“, 1858 erschien sein Hauptwerk: „Kallipädie oder die Erziehung zur Schönheit des Körpers und Geistes durch harmonische Veredelung der ganzen Menschennatur.“ Heute würden wir vielleicht sagen „Erziehung zur Kultur durch Kulturhygiene“. Sein Ideal war, wie Mangner schreibt: „Die Hebung des Menschengeschlechts, die harmonische Durchbildung des Menschen nach Geist und Charakter und physischer Vollkraft, die Volkserziehung und Veredelung in des Wortes allseitiger und schönster Bedeutung.“

Vor allen Dingen wandte er sich an die Lehrer. Er erkannte die Physiologie und Psychologie der kindlichen Natur als die Grundlage der Erziehungslehre. Durch Hebung des Lehrerstandes und durch Annäherung von Schule und Haus wollte er die Volkserziehung zeitgemäß entwickeln. Er war der geistige Vater der nach ihm genannten Schreber-Vereine. Begeistert und begeisternd trat er für die Jugendspiele und Spielplätze ein, die er für ein körperliches und geistiges Kräftigungs- und Entwicklungsmittel hielt; durch Turnplätze und Turnanstalten könnten sie nicht ersetzt werden. Sein Mitarbeiter und Nachfolger, Dr. phil. Ernst Hauschild, der Gründer des ersten Schreber-Vereins, hat mit Erfolg und Hilfe der genannten Schreber-Vereine Schrebbers große Idee weiter verwirklicht, aber in bescheidener Weise durch die Bezeichnung Schreber-Vereine und Schreber-Gärten Schrebbers größeres Verdienst anerkannt.

Dr. Karl Bornstein, Berlin W 30, Hohenstaufenstr. 32.

Standesangelegenheiten.

Wie wirkt sich die Notverordnung auf die ärztliche Praxis aus?

Von

Dr. Mussaeus, Küstrin-Neustadt.

Die Notverordnung des Reichspräsidenten vom Juli 1930, in ihrer Schwere etwas abgemindert durch die vom Dezember 1930, brach mit dem bisherigen Grundsatz der reichsgesetzlichen Krankenversicherung, dem Versicherten in jedem Krankheitsfalle ärztliche Hilfe sowie Arznei und Heilmittel unentgeltlich zu gewähren. Sie führte, von dem Gedanken ausgehend, daß durch übertriebene Inanspruchnahme dieser unentgeltlichen Kassenleistungen die Geldmittel der Krankenkassen weitgehend durch sogenannte „Bagatellfälle“ verschwendet würden, die Selbstbeteiligung der Versicherten in Gestalt der Krankenscheingebühr und der Arzneikostenbeteiligung ein.

Hätte man diese Maßnahmen in einer Zeit wirtschaftlicher Blüte, wo es niemandem schwer fällt, die durch die Selbstbeteiligung verursachten Kosten zu tragen, getroffen, so würden sie sich wahrscheinlich nicht in nennenswertem Maße auf die ärztliche Praxis ausgewirkt haben. Da aber die Notverordnung in einer Zeit beispiellosen wirtschaftlichen Tiefstandes erlassen wurde, in der jeder mit jedem Groschen rechnen mußte, so mußte zwingend diese Kostenbeteiligung der Versicherten weitgehend auf die kassenärztliche Tätigkeit wirken.

Wenn man versucht, diese Einwirkungen kurz darzustellen, so wird man solche unterscheiden müssen, die sich auf die Zusammensetzung der den Arzt aufsuchenden Kranken, und solche, die sich auf den Umfang der kassenärztlichen Tätigkeit und damit auch auf die Einnahmen aus dieser Tätigkeit erstrecken.

Vor Erlaß der Notverordnung suchten viele Versicherte schon bei geringen Beschwerden den Arzt auf. — Das wurde ihnen auch in Wort und Schrift immer wieder eingehämmert. — Nun scheuen viele die mit der Inanspruchnahme des Arztes entstehenden Kosten, zumal diese bei dem kärglichen Lohn vieler Versicherter in deren Haushalt eine beträchtliche Ausgabe bedeuten. Die Folge dieser verständlichen Scheu ist, daß die den Arzt aufsuchenden Kranken häufig schwere, zum Teil vernachlässigte Leiden haben. Sie bedürfen daher einer langwierigeren Behandlung, als es früher der Fall war. Zwangsweise steigt dadurch die Zahl der auf den einzelnen Kranken entfallenden notwendigen ärztlichen Leistungen; das ist die Ursache dafür, daß der Einzelfall für die Kasse teurer wird. Es ist dagegen sicher nicht häufig, daß, wie es uns vorgeworfen worden ist, wir Ärzte, um uns unser Einkommen zu erhalten, „von der extensiven zur intensiven Krankenbehandlung übergegangen seien“. Dieser Vor-

wurf wird außerdem an sehr vielen Stellen dadurch gegenstandslos, daß vielfach die ärztliche Hilfe von den Krankenkassen durch ein auf den Kopf des Versicherten berechnetes Pauschale oder bei Bezahlung nach Einzelleistungen mit festen Begrenzungen dieser Leistungen bezahlt wird. Bei beiden Bezahlungsarten hat der Arzt in geldlicher Beziehung nichts davon, wenn er künstlich die Zahl der auf den einzelnen Kranken entfallenden Leistungen erhöht.

Das zu späte Aufsuchen des Arztes, wie es öfter die Folge der Kostenbeteiligung ist, birgt in sich die Gefahr, daß Krankheiten oft erst in ärztliche Behandlung kommen, wenn ihre Heilung sehr langwierig oder überhaupt schon unmöglich ist. Ich denke hierbei besonders z. B. an die Lungentuberkulose, die sich anfänglich als „harmloser“ Husten äußert, oder an den Magenkrebs, der im Anfang nichts weiter als ein „harmloser“ Katarrh zu sein scheint. Wie weit durch das späte Aufsuchen des Arztes die allgemeine Volksgesundheit leiden wird oder gar die Sterblichkeit an gewissen Krankheiten sich erhöht, läßt sich natürlich jetzt, nachdem die Bestimmungen der Notverordnung erst etwa ein Jahr in Kraft sind, noch nicht übersehen und kann erst später festgestellt werden.

Als weitere Folge der Notverordnung sind, wie vorauszusehen war, die kassenärztliche Tätigkeit und damit auch die kassenärztlichen Einnahmen ganz erheblich zurückgegangen. Dieser Rückgang ist sehr verschieden groß, besonders groß in rein ländlichen Bezirken. Die Ursache dafür ist die, daß die Landarbeiter neben ihrem aus Naturalien bestehenden Deputat, das sie meist in eigener Wirtschaft verwenden, nur sehr wenig bares Geld als Lohn bekommen und daher ganz besonders die Geldkosten, die ihnen durch die Beschaffung des Krankenscheines und der Arznei entstehen, scheuen. Es nimmt daher nicht wunder, wenn in Landbezirken die kassenärztliche Tätigkeit beträchtlich mehr zurückgegangen ist, als in den Städten, wo der Versicherte seinen ganzen Lohn in barem Gelde ausgezahlt erhält. So hat sich tatsächlich die kassenärztliche Tätigkeit in rein ländlichen Gegenden nach Erlaß der Notverordnung um 15 bis 20 Proz., stellenweise sogar noch beträchtlich darüber, verringert. In den Städten sind im allgemeinen geringere Einbußen zu verzeichnen, deren Höhe ungemein je nach der Höhe der Löhne und anderen Dingen schwankt. In städtischen Bezirken haben besonders die Hautärzte, aber auch die Kinderärzte und Fachärzte für innere Medizin verhältnismäßig mehr als die anderen Arztgruppen an Kassen-tätigkeit und damit auch an Einnahmen aus der Kassenpraxis eingebüßt.

In besonders armen und ungünstig gelegenen ländlichen Bezirken, wie in Ostpreußen und der Grenzmark, macht sich als Folge des Praxisrück-

ganges eine im Hinblick auf die Volksgesundheit ganz besonders betrübliche Erscheinung mehr und mehr bemerkbar. Dort sind nämlich an vielen Orten, die seit Menschengedenken mit einem Arzt besetzt waren, die Einnahmen aus der Praxis derartig zusammengeschrumpft, daß sie einen Arzt auch bei bescheidensten Ansprüchen nicht mehr ernähren. So sind zur Zeit schon in Ostpreußen etwa 15 solcher alten Arztsitze verwaist.

Das Vorstehende kann, da die Notverordnung erst rund ein Jahr in Kraft ist, noch kein abschließendes Urteil über ihre Einwirkung auf die ärztliche Praxis darstellen. Um zu einem solchen zu gelangen, müßten auch Zeiten mit günstigerer Wirtschaftslage berücksichtigt werden. Außerdem

ist dabei zu bedenken, daß seit Erlaß der Notverordnung Deutschland abgesehen von der sehr leichten und nicht überall verbreiteten Grippe-epidemie im Anfange des Jahres 1931 von weit verbreiteten und schwereren Epidemien, wie es etwa die Grippe im Anfange des Jahres 1929 war, verschont geblieben ist. Ganz im Gegenteil ist etwa seit einem Jahre der Gesundheitszustand in Deutschland ganz überaus günstig. Dafür spricht auch der außerordentliche niedrige Stand der Arbeitsunfähigen bei den Krankenkassen während des ganzen verflossenen Jahres, der natürlich nicht durch die Auswirkungen der Notverordnungen bedingt ist.

Dr. Mussaeus, Küstrin-Neustadt, Landsbergerstraße 2.

Ärztliches Fortbildungswesen.

Fortbildungskurse und Vorträge für praktische Ärzte im Deutschen Reiche im Januar, Februar, März 1932.

Sofern die Kurse unentgeltlich sind, ist dies jedesmal durch den Zusatz U. = unentgeltlich besonders vermerkt, anderenfalls sind sie honorierte Kurse.

Die Teilnahme an den unentgeltlichen Kursen ist in der Regel nur den inländischen Ärzten gestattet. An den honorierten Kursen können in- und ausländische Ärzte ohne jede Einschränkung teilnehmen.

Erklärung der Abkürzungen: A. = Auskunft erteilt; U. = unentgeltlich; ??? = noch unbestimmt; ooo = keine Kurse.

Veranstalter der hier zusammengestellten Kurse sind meist die im Reichsausschuß für das ärztl. Fortbildungswesen vereinigten Landesausschüsse (in Preußen Zentralkomitee) und Ortsausschüsse (Lokale Vereinigungen). Daher werden hier nur außerhalb dieser Organisation stehende Veranstalter (unmittelbar hinter dem Städtenamen) besonders mit Namen angeführt.

Alle Zuschriften, welche sich auf dieses Verzeichnis beziehen, sind an das Kaiserin Friedrich-Haus, Berlin NW 6, Luisenplatz 2—4 zu richten.

Aachen: U.: Jed. Monat Vortr. u. Demonstr. A.: Dr. Keysseltz.
Altona: U.: Jeden Monat klin. Abend. A.: Prof. Jenckel.
Ansbach: U.: Einzelvorträge am 1. Dienstag jeden Monats. A.: San.-Rat Meyer.

Augsburg: U.: Sonntagnachmittags Vorträge aus der Gesamtmedizin. A.: Prof. Port.

Bamberg: U.: Klin. Demonstr. aus der Chirurgie u. inn. Medizin. A.: Dr. Schuster, Herzog-Max-Str. 1.

Barmen: U.: Monatl. 1—2 wissenschaftl. Abende. Pathol. Anat., Chirurgie, innere Med., Nervenkrankh. usw. A.: Dr. Ed. Koll, städt. Krankenanstalten.

Berlin: a) U.: Bis Ende Febr. Vortragsreihe über Fortschritte der Therapie innerer Krankheiten und systematische Kurse in den einzelnen Disziplinen. A.: Kaiserin Friedrich-Haus, NW 6, Luisenpl. 2—4.
b) Seminar f. soz. Medizin mit Zentralkomitee. U.: Nov. bis Febr. Äztl. Sachverständigentätigkeit. A.: Kais. Friedr.-Haus und San.-Rat A. Peysen, Charlottenburg, Grolmanstraße 42/43.
c) Dozentenvereinigung für ärztliche Fortbildung. Jeden Monat Kurse von 4 wöchiger Dauer über sämtliche Disziplinen. Im März u. Okt.: 4 wöchige und 14 tägige Einzelkurse in allen Disziplinen; ferner 8—14 tägige Gruppenkurse: Innere Medizin (29. II.—5. III.), Beruf u. Erkrankung m. bes. Berücks. der Gutachterfähigkeit (7.—12. III.),

Geburtshilf.-gynäkol. Fortbildungswoche (14.—19. III.), Chirurgie (4.—9. IV.), Röntgendiagnostik u. Strahlentherapie (10.—17. IV.). A.: Kaiserin Friedrich-Haus, NW 6, Luisenplatz 2—4.

d) Verein für ärztliche Fortbildungskurse. Monatskurse in allen Fächern. A.: Langenbeck-Virchow-Haus, NW 6, Luisenstr. 58/59.

e) Inst. f. Infektionskrankh. „Robert Koch“. Herbst 32. Fortbildungslehrgang über Mikrobiologie u. d. wichtigsten Teile der Hygiene. A.: Geh.-Rat Lockemann, N 39, Führer-Str. 2

f) Soz.-hyg. Akad. siehe Charlottenburg.

Beuthen: U.: Oberschl. Ärzteverband. ooo. A.: Dr. Lewi.

Bielefeld: U.: Demonstr.-Abende im Ärzteverein. A.: Dr. Kühn.

Bochum: U.: ??? A.: Dr. Tegeler, Kaiser-Wilhelm-Str. 5.

Bonn: U.: ooo. A.: Prof. Gött, Kinderklin.

Bremen: U.: Im laufenden Winter Vortragsreihe über bösartige Geschwülste. A.: Landesgesundheitsamt, Am Dobben 91.

Breslau: a) U.: Bis April. Alle Disziplinen n. klin. Demonstr. A.: Dr. Goerke, Allerheiligenhospital.

b) Ostdeutsche soz.-hyg. Akad. U.: ooo. A.: Breslau 16, Maxstr. 4.

Charlottenburg: Soz.-hyg. Akad. U.: 2. XI. 31—13. II. 32. Allgem. u. soz. Hyg., soz. Pathol., Gesundheitsfürsorge, soz. Organisations- u. Gesetzeskunde. A.: Chttg. 9, Spandauer Chaussee 1.

Chemnitz: U.: Bis März. Klin. Hauptfächer. A.: Hofrat Prof. Clemens, Stadtkr. im Küchwald.

Cottbus: U.: Monatl. ein Vortragsabend mit Demonstr. im städt. Krankenhaus. A.: Dr. C. F. Schmidt.

Cüstrin: U.: Von Zeit zu Zeit Vorträge und alle 8—14 Tage Krankenhausvisiten. A.: Dr. Becker.

Danzig: U.: ??? A.: Prof. H. Fuchs, Danzig-Langfuhr, staatl. Frauenklinik.

Dortmund: U.: Alle 14 Tage Dienstags klin. Abende. Ferner Vortragsabende im Ärzteverein u. Veranstalt. der Med. Ges. A.: Dr. Engelmann, städt. Frauenklinik.

Dresden: a) Akad. f. ärztl. Fortbildung. a) 8.—17. II. Neurologie u. Psychiatrie. b) 22.—27. II. Röntgendiagnostik m. Berücks. der Röntg.- u. Radiumtherapie. A.: Dresden-N. 6, Düppelstr. 1.

b) Staatl. Frauenklin. Voraussichtl. April. Geburtshilfe u. kl. Gynäkol. A.: Dr. Fischer, Dresden-A. 16, Pfotenhauerstr. 90.

Duisburg: U.: a) Regelmäßige Tagungen der wissenschaftl. Wanderversammlung. b) Klin. Abende. A.: Vacat.

Düsseldorf: a) Med. Akademie. U.: Bis 26. II. Nierenkrankheiten u. Diabetes. A.: Moorenstr. 5.

b) Westdeutsche soz.-hyg. Akad. U.: S.-S. Sozialhyg. Kurs für Kreis-, Komm.-, Schul- u. Fürsorgeärztenwärter. A.: Städt. Krankenanstalten.

- Elberfeld:** U.: Okt.—Dez. Vortragsreihe: Frühdiagnose u. Bekämpfung des Krebses. Jan.—Apr.: Alle klin. Fächer und pathol. Anat. A.: Geh.-Rat Kleinschmidt.
- Elbing:** U.: Alle 14 Tage wissenschaftl. Vorträge u. Kranken- vorst. A.: San.-Rat Schwarz.
- Erfurt:** U.: 000 A.: Prof. Guleke, Jena.
- Erlangen:** Universität. U.: 000. A.: Prof. Königer.
- Essen:** U.: Fortlaufend Vorträge und Kurse. A.: Haus der ärztl. Fortbildung, Hindenburgstr. 24.
- Frankfurt a. M.:** U.: Kurse in den einzelnen Univ.-Instituten. A.: Prof. A. W. Fischer, Paul-Ehrlich-Str. 50.
- Frankfurt a. O.:** U.: Klin. Abende am 1. u. 3. Mittw., innere Med. und Chir. A.: Prof. Kowitz, Städt. Krhs.
- Freiburg i. Br.:** U.: Wandervorträge in versch. Ärztevereinen Südbadens. A.: Prof. Rost, Hauptstr. 7.
- Gießen:** U.: Med. Fakultät. 9.—15. X. 32. Allgem. Kurs. A.: Prof. Herzog, Pathol. Institut.
- Görlitz:** U.: Vierteljährlich einmal wissenschaftl. Versammlung A.: Dr. Blau, Konsulstr. 13.
- Göttingen:** U.: Voraussichtl. Herbst 32. Allg. Kurs f. prakt. Ärzte. A.: Prof. Riecke, Hautklinik.
- Greifswald:** U.: Keine Kurse, aber Gelegenheit vom Familiensystem Gebrauch zu machen. A.: Prof. Hoehne, Frauenkl. od. Prof. Krisch, Nervenkl.
- Halberstadt:** U.: Monatl. ein Vortrag. A.: San.-Rat Lenz.
- Halle:** U.: 7.—9. I. Krebsbekämpfung. 23. u. 24. I. Unfall- mediz. A.: Clausen, Magdeburger Str. 22.
- Hamburg:** a) U.: ??? A.: Gesundheitsamt, Bugenhagenstr. 10 (Prof. Dr. Pfeiffer).
b) U.: Krhs. Barmbeck. 000 A.: Prof. Knack.
c) U.: Krhs. St. Georg. 000. A.: Prof. Hegler.
d) U.: Staatskrankenanstalt Friedrichsberg. 000. A.: Prof. Weygandt.
e) U.: Krhs. Eppendorf. 000. A.: Direktion.
f) Inst. f. Schiffs- und Tropenkrankh. Anf. Juni bis Mitte Juli Malariakurs. Spätherbst exotische Pathol. u. med. Parasitologie. A.: Hamburg 4, Bernhard-Nocht-Str. 74.
- Hannover:** U.: 000. A.: Prof. Willige, Schiffgraben 51.
- Heidelberg:** U.: Voraussichtl. Herbst 32. A.: Büro des Ärztl. Vereins, Karl-Ludwigstr. 21.
- Hof:** U.: ??? A.: Dr. Seiffert, Schillerstr. 25.
- Jena:** U.: 28. u. 29. I. Krebs, 20. u. 21. II. Innere Medizin, Hygiene, Kinderheilkunde. A.: Prof. Guleke, Jena, Chir. Klinik.
- Kassel:** U.: ??? A.: Dr. Pfannkuch, Kronprinzenstr. 10.
- Karlsbad:** U.: Voraussichtl. Sept. 32. Internat. Fortbildungskurs mit bes. Berücks. der Balneol. u. Balneotherapie. A.: Dr. Edgar Ganz.
- Karlsruhe:** U.: Vorträge. A.: Prof. Arnsperger, Beiersheimer Allee 72.
- Kiel:** U.: ??? A.: Prof. Schittenhelm.
- Kissingen:** U.: Anfang Sept. 32. A.: Kurverein Bad Kissingen.
- Kolberg:** U.: ??? A.: Ärzteverein (Dr. Fabian).
- Köln a. Rh.:** Med. Fakultät. U.: ??? A.: Dekan.
- Königsberg i. Pr.:** Verein f. wissenschaftl. Heilk. U.: 000. A.: Geh.-Rat Schellong, Tragh. Pulverstr. 33 und Prof. Blohmke, Kopernikusstr. 7.
- Leipzig:** Med. Fakultät. U.: Okt. 32. Prakt. Fächer. A.: Augustusplatz 5.
- Lübeck:** U.: ??? A.: Dr. Altstaedt, Overbeckstr. 23.
- Magdeburg:** U.: Bis Mitte Apr. Gesamtmedizin. A.: Prof. Otten, Krhs. Altstadt.
- Mannheim:** U.: Wissenschaftl. Abende jeden 3. Mittwoch. A.: Dr. Kießling, Städt. Krhs.
- Marburg:** U.: Med. Fak. Voraussichtl. Herbst 32. Alle Fächer. A.: Prof. Ruete, Hautklinik.
- München:** U.: ??? A.: San.-Rat Jordan, Lessingstraße 4.
- Münster i. W.:** U.: ??? A.: Prof. Eichhoff, Chirurg. Klin., Jungeblodtplatz 1.
- Bad Nauheim:** U.: Voraussichtl. Herbst 32. Kreislaferkrankungen u. Behdlg. A.: Hessische Bad- u. Kurverwaltung.
- Nürnberg:** U.: ??? Stadt-Ob.-Med.-Rat v. Rad, Flurstr. 15.
- Paderborn:** U.: Einzelvorträge aus der Gesamtmedizin. A.: Dr. Hagel, Büren i. W.
- Regensburg:** U.: Monatlich ein Vortrag aus der Gesamt- medizin. A.: Hofrat Dr. Doerfler.
- Rostock:** U.: Voraussichtl. Okt. 32 alle Fächer. A.: Prof. Curschmann, Med. Klinik.
- Scheidegg:** U.: Tbc.-Kurs mit bes. Berücks. d. Kinder tbc. 4.—10. IX. 32. A.: Dr. Klare, Kinderheilstätte Scheidegg (Allg.).
- Stendal:** U.: Frühjahr u. Herbst. Vorträge aus verschiedenen Disziplinen. A.: San.-Rat Segelken.
- Stettin:** U.: Voraussichtl. im Winter. Vorträge. A.: Dr. Mühlmann, Pölitzer Str. 88.
- Stuttgart:** U.: Im Winter. Abendkurse in den Kranken- häusern. In den Lungenheilstätten der LVA. im Herbst 32. A.: San.-Rat Neunhoeffer, Reinsburgstr. 87.
- Tübingen:** Med. Fakultät. U.: Ende Oktober 32 sämtl. prakt. Fächer. A.: Med. Fakultät.
- Weißenburg:** Monatlich ein Vortragsabend. A.: Geh.-Rat Doerfler.
- Wiesbaden:** U.: ??? A.: Prof. Determann, Paulinenstr. 4
- Würzburg:** Medizinische Fakultät. U.: ??? A.: Prof. Magnus Alsleben, Annastr. 9.
- Zeit:** U.: Vorträge aus versch. Gebieten der Gesamtmedizin. A.: Geh.-Rat Friedrich.
- Zwickau:** U.: Jeden Freitag Demonstr. im Pathol. Institut u. jeden 2. Dienstag Med. Ges. A.: Geh.-Rat Braun. L.

Aus ärztlichen Gesellschaften.

In der Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft vom 14. Oktober 1931 hielt Herr Max Hirsch einen Vortrag: Über die Not der Mutterschaft und über einige sozialgynäkologische Fundamentalsätze der menschlichen Fortpflanzung. H. hat auf dem Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie 1931 ein Referat über Mutterschaftsfürsorge erstattet, daß seine Forschungsergebnisse wiedergibt. Danach sind eheliche und uneheliche Mutterschaft, das Mutterwerden und Muttersein in Not geraten. Außerhäusliche Erwerbsarbeit und Mutterschaft sind unvereinbare Gegensätze. Mutter und Kind sind über den Vorgang der Geburt hinaus eine biologische und soziologische Einheit. Die Überwindung der außerhäuslichen Lohnarbeit der verheirateten Frau liegt im Interesse einer gesunden Fortpflanzung des Menschengeschlechts. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind Zustände erhöhter Gefahr für Leben und Gesundheit. Schwangerschaftsbeschwerden sind als Krankheit im Sinne der Reichsversicherungsordnung zu betrachten. Geburt und Wochenbett der erwerbstätigen Frau haben als Krankheit im versicherungstechnischen

Sinne zu gelten. Mutterschaft ist eine Leistung der Frau an die Allgemeinheit, an Volksgemeinschaft und Staat. Ihre Lasten sind, wo die Not es fordert, in voller Höhe auf die Schultern der Allgemeinheit zu nehmen. Ein Staat, welcher seine schwangeren Bürgerinnen und Mütter in Not läßt begibt sich des Rechts, die Fruchtbarkeitsabtreibung zu bestrafen, Empfängnisverhütung und Geburtenrückgang zu bekämpfen. Die Fürsorge muß um so größer sein, je schwerer wirtschaftliche und politische Sorgen auf Volk und Vaterland lasten, weil sie dem biologischen Kapital gilt. (Die Aussprache wurde vertagt.) Dann hielt Herr Richard Mühsam einen Vortrag: Das perforierte Magengeschwür. Die Perforation eines Magengeschwürs, der häufige Ausgang eines jahrelang bestehenden Magenleidens, erfolgt blitzartig. Schwächegefühl, heftigste Schmerzen im Bauch, Schweißausbrüche, schlechter Puls, verfallenes Aussehen sind ihre Kennzeichen. Dazu kommt ein bretharter Leib, der mit Eintreten der Bauchfellentzündung weicher wird, Temperaturanstieg, ein Schulterschmerz (Oehlecker), Anstieg der Leukozytenzahl, deren Ausbleiben ein ungünstiges Vorzeichen ist.

Die Differentialdiagnose gegenüber Gallenblasenerkrankungen, Pankreasnekrose, Blindarmentzündung, Mesenterialvenenthrombose kann schwierig sein. Röntgenuntersuchung bei Verdacht auf Perforation ist verfehlt. Der Sitz der Perforation am Magenkörper ist selten. Es kommt nicht immer zum völligen Durchbruch, sondern durch Verwachsen der Geschwürsstelle mit dem Netz zu einer gedeckten Perforation, die etwas mildere Krankheitserscheinungen macht. Die Behandlung des perforierten Magengeschwürs ist chirurgisch, die Prognose um so besser, je früher operiert wird. Nach welcher Methode eingegriffen wird ist gegenüber dem zeitlichen Moment von geringer Bedeutung. M. berichtet über 240 eigne Operationen. 119 Operierte sind geheilt, 121 starben. In der Statistik gibt sich die Abhängigkeit der Erfolge von dem Zeitpunkt des Eingriffs deutlich zu erkennen. Die Sterblichkeit beträgt 80—86 Proz., wenn später als 12 Stunden nach dem Durchbruch operiert wurde. Seit 3 Jahren reseziert M. geeignete Krankheitsfälle. Von 22 auf diese Weise operierten Kranken starben 4—18 Proz. Die Resektion ist also bei günstigem Sitz der Perforation das Verfahren der Wahl. Ob man nach der Operation die Bauchhöhle spült oder trocken behandelt, hängt von der Menge des Exsudats ab. Bei großen Mengen wird ausgiebig gespült, bei geringen Mengen genügt Austupfen. Wenn nicht grobe Verunreinigungen vorhanden sind kann die Bauchhöhle nach dem Eingriff geschlossen werden. Finden sich peritonitische Auflagerungen oder sonstige Veränderungen, so ist die Ein-

legung eines Tampons oder Drains zu empfehlen. In der Aussprache hierzu empfiehlt Herr v. Bergmann eine Resektion, bei der möglichst viel entfernt wird, um den Salzsäure anregenden Magenabschnitt auszuschalten. Das Magengeschwür hat sicher etwas mit der Salzsäure zu tun, und kann auch in ganz kurzer Zeit entstehen. Für die Alkalibehandlung kann v. B. sich nicht begeistern. Herr Richard Wolff meint, daß die Praktiker relativ häufig perforierten Magengeschwüren begegnen. Leider operieren die Chirurgen, auch wenn die Diagnose mitgeteilt wird, häufig nicht sofort. Das bedeutet eine Schädigung der Kranken, da die Symptome mitunter eigenartig sind und der Zustand lange Zeit erträglich sein kann. Herr Unger spricht die Resektionsstatistik von Mühsam als die günstigste der Weltliteratur an. Die Gastroenterostomie nach Perforation schafft in 50 Proz. peptische Ulzera. Die Häufigkeit der Perforation schwankt in den einzelnen Jahren. Öfter begegnet man familiären Perforationen. Aus differentialdiagnostischen Gründen erklärt es sich, daß der Chirurg mit dem Eingriff wartet. Herr H. Strauß wirft die Frage auf, warum die Perforationswunden so gut und das Ulkus selbst so schlecht heilen. Man soll operieren auch bei Wahrscheinlichkeit einer Perforation. Bei Tabes diagnostiziert man die Perforation mitunter erst nach der Peritonitis, weil die Sensibilität gestört ist. Alkali ist als systematische Behandlung nicht angezeigt, aber als indizierte Medikation. Herr Mühsam spricht ein Schlußwort. F.

Das Neueste aus der Medizin.

Lübecker Marzipan.

Wunderliche Spreu wird aufgewirbelt von dem Winde, so aus Lübeck weht. Es kommt hier allerlei als „Wissenschaft“ zutage, was höchst verdächtig, um nicht zu sagen anrüchig, wirkt. Immer hat man das Gefühl, daß diesen Wind nicht die zur Verhandlung stehenden Sachen, sondern die mit ihnen befaßten Herrn Rechtsanwälte machen. Die Grenzen sind verwischt und die Rollen vertauschen sich; statt der Wissenschaftler sollen, so scheint es, die Sachwalter das Urteil über die Forschungen eines Calmette verkünden. Wobei man freilich kaum übersehen kann, daß das, was sie — schnell fertig mit dem Wort — in die Welt trompeten, der von ihnen verfochtenen Sache zuträglich ist. Bei dieser Gelegenheit wurden wir darüber belehrt, daß jetzt die endgültige Zeitwende für die Bakteriologie hereingebrochen sei, daß diese Wissenschaft, bisher auf Irrwegen wandelnd, gerade jetzt eine neue Morgenröte aufdämmern sehe. Es ist Herr Prof. Enderlein, der sie uns beschert und zugleich verkündet. Er will die Entwicklung des Tuberkelbazillus aus dem schwarzen Gießkannen-Schimmelpilz gefunden haben und berichtet darüber in einer im Selbstverlag erscheinenden Zeitschrift wie in Tageszeitungen in einem Sinne, als ob hier das Sicherste und Unwiderleglichste entdeckt und auch bereits anerkannt wäre. Auch zieht er gleich deduktiv die Folgerungen für den BCG-Bazillus, der ja natürlich gar nicht stabil sein kann, da das sonst seinen, Enderleins Entdeckungen nicht entspräche. „Weil, so schließt er messerscharf, nicht sein kann, was nicht sein darf.“ Man wird ja abwarten müssen, ob Herr Enderlein, dem schon gute Dinge gelungen sind, in 20—30 Jahren für diese seine

Entdeckung mit einem Nobel-Preis geschmückt sein oder ob kein verständiger Mensch mehr darüber reden wird. Vorläufig aber wird man dieses Mindestmaß an kritischer Einstellung bewundern müssen, das den Verf. und seine Mitarbeiter zu einem Auftreten veranlaßt, gleich als ob die ganze Welt auf eine Zeitungsnotiz hin ihre begründete Meinung aufgeben müsse. Dergleichen muß um so grotesker wirken, als Enderlein in einem Atem zwar gegen Calmette, aber für — ausgerechnet Fr. Fr. Friedmann eintritt und sich hiermit zweifellos einer Gemeinschaft nicht übermäßig kritischer Leute in die Arme wirft. Auch im Friedmann-Lager hat der Lübecker Wind die Blätter auffliegen lassen. Sie sind zu einem richtigen Buch geworden, das sich nicht wenig anspruchslos „Die besiegte Tuberkulose“ betitelt, erschienen bei de Gruyter & Co. mit dem da Vinci-Motto: „Die vollkommene Wahrheit erscheint fast immer unwahrscheinlich“, und in dieser Sammlung von Gutachten figuriert als vierter Herr Enderlein. Ganz gut, daß in diesem Augenblick die Lebenserinnerungen von Otto Lubarsch erschienen sind, ein überaus lesenswertes Buch, in dem der „Friedmann-Ausschuß“ mit einem ganzen sehr belehrenden Kapitel bedacht ist. Gespannt kann man sein, ob die Lübecker Richter dem auf sie gerichteten Kreuzfeuer standhalten werden. Sie haben die dornige Aufgabe, den entscheidbaren juristischen Tatbestand und die ihrem Votum nicht unterstehenden wissenschaftlichen Streitfragen auseinanderzuhalten und ihrer Richterlichkeit selbst die Schranken zu errichten; ein schweres Werk, wie schwer, das geht aus den gelegentlichen Verzweiflungsrufen etwa von Prof. Kollé deutlich hervor. Man kann diese Richter nicht beneiden. Dr. Richard Wolf (Berlin).

Geschichte der Medizin.

Ansprache von G. von Bergmann.

Zum 70. Geburtstag von August Bier.

Im Namen seiner Magnifizenz des Rektors und des Senats unserer Friedrich Wilhelms-Universität und zugleich als Dekan im Namen der medizinischen Fakultät überbringe ich Ihnen unsere besonderen Glückwünsche.

Es freut mich, daß gerade ein Vertreter der inneren Medizin heute zu Ihnen sprechen darf. Sie haben gesagt die Chirurgie ist für meine Zwecke das ungeeignetste Fach, wohl ist es zum leistungsfähigsten Sonderfach geworden, das bereits am stärksten gefestigt dasteht, aber für die Forschung hat es den Höhepunkt überschritten, denn die Triumphe der Antisepsis, aus der die Asepsis wurde, die Triumphe der Blutstillung und endlich der Schmerzbetäubung, an der Sie besonderen Anteil haben, sind längst zum unbestrittenen Besitz der Chirurgie geworden. Aber, so sagten Sie uns, in der inneren Medizin sind noch „ungelöste Probleme in Hülle und Fülle“, dort ist noch „viel zu holen“. Sie haben in Ihrer wuchtigen Art auch mit scharfen, ja derben Worten der inneren Medizin Vorwürfe gemacht, welche die jüngere Generation der Internisten — und ich möchte mich noch zu ihr zählen — keineswegs unbelehrbar aufnimmt, wenn wir auch in Vielem gerade Empirischen nicht Gefolgschaft leisten können. Sie haben sicher nicht so unrecht, wenn Sie meinten: Unser Fach sei von der schlichten Beobachtung am Krankenbett in das Laboratorium „hinabgerutscht“ und sei „erstarrt in einseitig dogmatischem Naturalismus“.

Fleiß, Beobachtung, Nachdenken erscheint Ihnen, so sagten Sie, wesentlicher als Genie und Intuition. Solange Sie nachdenken, sind Sie teleologisch eingestellt gewesen. Ich hoffe, daß diese Auffassung vom zweckmäßigen, sinnvollen Geschehen in der Natur sich nicht, wie Sie fürchten, bald mit Pauken und Trompeten durchsetzen wird, so daß Ihre führende Stimme überhört wird. Ich meine, man wird es wissen, gerade in unserem Lager, daß keiner so unermüdlich und unerschrocken sich für das teleologische Denk- und Forschungsprinzip eingesetzt hat in der klinischen Naturbeobachtung unserer Zeit als gerade Sie.

Wie neu gerade diese Art des Denkens war, ist mir selbst eine Erinnerung wohl noch vor meiner Studentenzeit, als zu Hause Ihr Vorgänger im Amte sich empörte über Ihre Vorstellungen, wie etwa der vom „Blutgefühl“. Sie haben wohl auch durch solche widersinnig erscheinenden Ausdrücke Widerstand finden müssen, bis man Sie verstehen konnte. Von der naiven Betrachtung der Natur ausgehend, schon als Knabe in Wald und Flur, sahen Sie, wie jedes lebendige Wesen Pflanze und Tier ein für seine Zwecke vollendeter Organismus ist, der sinnvoll geartet scheint und in sich und seinen Beziehungen zur Umwelt wie zu anderen Tieren und Pflanzen zweckmäßig sinn-

voll sich verhält. Später belehrte Sie das Verhalten des Organismus in der Krankheit über ähnliche zielstrebige Leistungen: zum zentralen Problem der Heilkunde wurde Ihnen die Naturheilskraft, die „Physis“ des Hippokrates als schaffende heilende Natur. Die Physis handelt zielstrebig ähnlich, wie wir es auch von unseren Bewußtseinsvorgängen her kennen als Motiv und Handlung. Die Kausalreihe der physikalischen, chemischen oder physiko-chemischen Beschreibung von Beobachtungsreihen, wie sie uns die materielle Welt der Objekte einseitig erschließt, reicht nicht aus, das Verhalten des Lebendigen zu verstehen. Reize, etwa die der „Zersetzung“, bringen die zielstrebige Heilhandlung in Gang, etwa als Fieber oder als Entzündung. Aber schon Hippokrates hat gewußt, daß Fieber wie Entzündung Heilzwecke verfolgen, die jedoch auch zum Schaden des ganzen Organismus werden können.

Es scheint mir manches in diesem Ihrem schlichten Anschauen verwandt mit der Naturbetrachtung Goethes, als er auf dem Friedhof von Venedig an einem Schädel die Wirbeltheorie wie unmittelbar sah oder als er die Metamorphose der Pflanze durchschaute. Auch er hat nicht ohne Bitterkeit gegen die „Gildemeister“ seiner Zeit gekämpft und gesagt, daß jugendlicher Wahrheitsinn durch Mißmut im Kampf gelähmt würde. Das haben Sie heute nicht mehr nötig, denn nicht nur die innere Medizin, sondern die Forschung der Natur erkennt an, daß die kausale Betrachtungsweise allein, so unentbehrlich sie uns im Laboratorium wie am Krankenbett ist, nicht genügt und daß die finale Betrachtungsweise neben ihr, ja ihr übergeordnet notwendig ist, damit wir die Natur verstehen als Schöpfer, die das Ziel in sich hat — „Entelechie“.

So hat Sie Ihr Entwicklungsgang über die Chirurgie hinauf zur inneren Medizin geführt, von dieser im Bestreben zu generalisieren zwangsläufig zur allgemeinen Medizin, weiter zur Naturforschung überhaupt. Sie kamen zur Einsicht, daß naturphilosophische Betrachtung durch Spekulation in neuer Form uns heute wieder nottut, obwohl in alter Zeit es ebenso wichtig war, sich entscheidend von ihr zu lösen. Sie wurden deshalb zum Studium der hippokratischen Schriften geführt und zu Ihrem Lieblingsphilosophen Heraklit und haben die Aufgabe, die Alten zu verstehen, ein gut geschulter Humanist, mit philologischer Gründlichkeit gelöst.

Die Universitas literarum hat also allen Grund Sie zu feiern, ja wir erkennen in Ihnen etwas vom antiken Menschen, denn so verstehen wir Ihre Naturgebundenheit wie Ihre Geistigkeit, Ihren Kampf um Luft, Licht, Sonne für den Kranken wie für den Gesunden, deshalb Ihre Förderung der Leibesübungen in Harmonie mit philosophischer historischer Bildung der Jugend, zur dennoch unbefangenen Anschauung der Natur und der Welt — das ist Ihr klassisches Ideal.

Sie haben in Ihrem geliebten Wald in Sauen die Beobachtung gemacht, daß große, einsam ragende Bäume gegen den „Windwurf“ immun sind und selten entwurzelt werden, anders als die

dicht in Reihen stehenden Bäume eines Forstes. So wird auch Ihnen der Windwurf der Emeritierung nichts anhaben können, das wünschen wir Ihrem Schaffen, Ihrem Leben von Herzen.

Tagesgeschichte.

Die Feier anlässlich des 70. Geburtstages von Geh.-Rat Bier gestaltete sich zu einer ganz ungewöhnlich herzlichen und ehrenden Kundgebung für den großen Gelehrten. Schon frühmorgens hatten sich in dem altgewohnten Hörsaal in der Ziegelstraße außer vielen Hunderten von Studenten die größte Zahl der ehemaligen Assistenten zusammengefunden als Auftakt für die eigentliche Feier, die um 10 Uhr im Langenbeck-Virchow-Hause stattfand. Viele, die sich nicht rechtzeitig hierfür um eine Karte bemüht hatten, mußten umkehren, denn, es waren wie bei der Eröffnungssitzung der Kongresse der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, alle Plätze bis in den letzten Winkel besetzt. Eine ganz besondere Note gewann die Veranstaltung durch die Anwesenheit von mehreren Hunderten von Studenten der Medizin, die auf der Galerie Platz genommen hatten und durch den Aufmarsch der Chargierten farbentragender Korporationen. Geh.-Rat Lexer (München) entwarf ein fesselndes Bild von der Bedeutung Biers als Gelehrter und Chirurg. In ungemein lebendiger Form erstand vor den Festteilnehmern das Lebenswerk dieses Mannes, der auf viele Jahrzehnte in Vergangenheit und Zukunft die Chirurgie und die gesamte Medizin richtunggebend beeinflusst hat. Ministerialdirektor Richter und Geh. Ob.-Med.-Rat Lentz gratulierten für das Kultus- und Wohlfahrtsministerium. Erinnerungen aus frühesten Kinder- und Jugendjahren berichtete in oft humorvoller Art Biers Schüler und Landsmann Prof. Klapp, jetzt Ordinarius für Chirurgie in Marburg. Als derzeitiger Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie überbrachte sein langjähriger Schüler und jetzt Ordinarius für Chirurgie in Frankfurt, Prof. Schmieden, die Glückwünsche der Gesellschaft. Im Namen der Berliner Gesellschaft für Chirurgie feierte Geh.-Rat Sauerbruch den Jubilar, für die Fakultät sprach Prof. v. Bergmann (wir bringen seine geistvollen Ausführungen an anderer Stelle) und für die Berliner medizinische Gesellschaft Geh.-Rat Goldscheider, Prof. Borchard übergab die Festnummer des Zentralblattes für Chirurgie während Prof. Adam die Glückwünsche des Zentralkomitees für das ärztliche Fortbildungswesen überbrachte. Heer und Marine waren in Ansprachen durch Generaloberstabsarzt Franz und die Hochschule für Leibesübungen, deren Rektor Bier ist, war durch Ex. Lewald vertreten. Ganz besonders langdauernden und aufrichtigen Beifall fanden die Worte, die im Namen der Studentenschaft cand. med. Thomas an den verehrten Lehrer richtete und wie sehr alles das, was gerade der Vertreter der Studierenden sagte, Bier aus dem Herzen gesprochen war, das konnte man an seinen Dankesworten erkennen, die er besonders den Studenten mit besonderer Wärme aussprach. — Der engere Kreis der Schüler und Freunde vereinigte sich dann noch zu einem Frühstück im Hotel Esplanade, wo Geh.-Rat Helferich, Biers Vorgänger in Greifswald, das Hoch auf den Jubilar ausbrachte. H.

Das Flugzeug — ein Seuchenverbreiter? In einer Versammlung der Gesundheitsinspektoren Englands verbreitete sich der Vorsitzende Dr. Massey, über die Gefahren der Verbreitung von Ansteckungskeimen von Pest, Cholera, Pocken und Typhus durch den Flugzeugverkehr. Flugreisen werden, wie er ausführte, heute aus entfernten, verseuchten Ländern gemacht, innerhalb der Inkubationsdauer der gefährlichsten Ansteckungskrankheiten. Durch eine Landung auf verbotenem Gebiet oder auch durch eine Notlandung können gesunde Länder durch eingeschleppte Keime gefährdet werden. Es sei deshalb, meint Dr. Massey, geboten, anscheinend gesunde Passagiere, die im Flugzeug aus fernen Ländern in England ankommen, während der Inkubationszeit einer Quarantäne zu unterziehen und ständig zu beobachten. Dr. Massey betont ausdrücklich, daß es ihm fernliege, die Öffentlichkeit zu beunruhigen; er wolle nur auf die Notwendigkeit verweisen, sich gegen solche Gefahren zu rüsten. In der anschließenden Diskussion wurde von maßgebender Stelle besonders darauf hingewiesen, daß die Möglichkeit, ja selbst die Gewißheit bestehe, daß durch Flugzeuge das Gelbe Fieber von West- nach Ostafrika

übertragen werden könne. Wäre das geschehen, so könnte eine Ausbreitung der gefährlichen Krankheit über Asien nicht mehr verhindert werden. Man könne sich aber leicht vorstellen, was es bedeute, wenn Asien von einer neuen Krankheit bedroht würde, von der 75 Proz. der Befallenen nicht genesen. Die Folge wäre eine vollständige Lähmung des Handels im Osten, und der Zusammenbruch des Gummieports allein würde einen Stillstand der Elektrizitätsindustrie der Welt zur Folge haben. Sir George Buchanan gab die beruhigende Versicherung, daß die Regierungen der Welt die Gefahr einer Übertragung von Krankheiten durch die Luftschifffahrt nicht aus den Augen verlieren, und daß hierüber internationale Besprechungen stattfinden. Es besteht die Möglichkeit, daß durch Flugzeuge neue Spielarten von Influenza und Kinderlähmung nach England verschleppt werden könnten, und daß diese Frage die Aufmerksamkeit der Ministerien der Luftschifffahrt und des öffentlichen Gesundheitswesens bereits erregt habe.



Der Verband der Deutschen Berufsgenossenschaften hat einen „Leitfaden für die Ausbildung in der ersten Hilfe (Laiennothilfe) bei Unfällen“ herausgegeben. Allen Organisationen, Verbänden und Vereinen, darüber hinaus aber auch allen Lehrern, besonders an Fachschulen, sei dieses Buch dringend zur Beachtung empfohlen.

Personalien. Dr. Theodor Wedekind habilitierte sich in Köln für innere Medizin. — Prof. Max Jeßner ist zum Ordinarius und Leiter der dermatologischen Klinik in Breslau ernannt worden. — Der von der Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten ausgesetzte Boas-Preis ist für die Bearbeitung der Frage „Die bakterielle und abakterielle Entstehung von Pankreaserkrankungen“ Dr. Paul Kaczander, Berlin (1. Preis) und cand. E. Neter, Mannheim (2. Preis) zuerteilt worden. — Dr. Karl Bohland, a. o. Professor für innere Medizin in Bonn, wurde 70 Jahre alt. — Prof. Heims-Heymann, angesehener Spezialist für Halsleiden in Berlin, starb im Alter von 83 Jahren. — Prof. August Bier wurde vom Verein ausländischer Mediziner in Deutschland zum Ehrenmitglied ernannt. — Dr. Philipp Ellinger, a. o. Professor für Pharmakologie in Heidelberg, erhielt den Jubiläumspreis der Deutschen pharmakologischen Gesellschaft für Untersuchungen an lebenden Organen, die er gemeinsam mit A. Hirt ausgeführt hat. — In Köln habilitierten sich Dr. Daniel Laszlo für innere Medizin, Dr. Robert Mark für pathologische Physiologie, Dr. Hermann Guillery (Greifswald) für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie. — Dr. Hermann Meyer-Burgdorff, Privatdozent für Chirurgie in Rostock, wurde zum außerplanmäßigen a. o. Professor ernannt. — Prof. Vorkastner, Ordinarius für gerichtl. Medizin in Halle, starb im Alter von 53 Jahren an einem Herzschlag.

Erinnerungstage aus der Geschichte der Medizin. 26. Dezember 1861. 70 Jahre. In Leipzig wird der Mediziner Ludolf v. Krehl geboren. Schrieb: „Die Erkrankungen des Herzmuskels“, „Pathologische Physiologie“ u. a. m.

Fortsetzung auf Anzeigenseiten 4 und 13.

JODEX

Jodpräparat für äußerliche Anwendung

Drüenschwellungen, rheumatische Leiden, Struma,
Exsudate, Pleuritis, Rippenfellreizungen, Luftröhren-
katarrh, Bronchialkatarrh, Arthritis deformans,
Prostatahypertrophie

Zugelassen vom Hauptverband deutscher Krankenkassen!

Literatur und Proben kostenfrei

CHEMISCHES WERK DR. KLOPPER G. M. B. H., DRESDEN-A. 20

Vial's

TONISCHER

Wein

HERZTONICUM
STOMACHICUM
ROBORANS

FÜR
WÖCHNERINNEN
RECONVALESCENTEN

VIAL & UHLMANN FRANKFURT a. M.

PREIS P. FL. MK. 4,50

Für den Weihnachtstisch des Arztes

Einführung in die Medizin

Von Dr. med. Henry Sigerist, Professor an der Universität Leipzig. 1931. 8°. VII, 405 S.
M. 12.50, in Ganzleinen geb. M. 14.—

Ärzte als Patienten

Subjektive Krankengeschichten in ärztlichen Selbstschilderungen.

Von Prof. Dr. med. A. Grotjahn, Berlin. 1929. Gr.-8°. VIII, 274 Seiten. M. 14.—, in Ballonleinen geb. M. 16.—

Psychotherapie

Voraussetzungen — Wesen — Grenzen. Ein Versuch zur Klärung der Grundlagen.

Von Dr. Hans Prinzhorn, Frankfurt a. M. 1929. 8°. 334 Seiten. M. 14.—, in Ganzleinen geb. M. 15.75

Die Chirurgie des praktischen Arztes

Von Prof. Dr. Erich Sonntag, Direktor des Chirurgisch-Poliklinischen Instituts der Universität Leipzig. 1931. Gr.-8°. XI, 879 Seiten. Mit 684 Abbildungen.
M. 49.—, in Ganzleinen geb. M. 52.50

Die gesamte Kosmetik

(Entstellungsbekämpfung)

Ein Grundriß für Aerzte und Studierende. Von Dr. Martin Gumpert, Facharzt für Hautkrankheiten in Berlin. 1931. Gr.-8°. 228 Seiten. Mit 45 Abbildungen.
M. 12.80, in Ganzleinen geb. M. 14.60

Körperlich-seelische Zusammenhänge in Gesundheit und Krankheit

Ein Beitrag zur medizinischen Psychologie. Von Dr. med. Walter H. v. Wyss, Privatdozent für Psychophysiologie an der Universität Zürich und Chefarzt der med. Abteilung der Krankenanstalt Neumünster.

Mit einem Geleitwort von Dr. W. R. HESS, o. ö. Professor und Direktor des Physiologischen Instituts der Universität Zürich. 1931. 8°. X, 128 Seiten. Kart. M. 6.50

Handwörterbuch der medizinischen Psychologie

Bearbeitet von Fachgenossen. Herausgegeben von Dr. Karl Birnbaum, Professor an der Universität Berlin. 1930. Gr.-8°. IV, 672 Seiten.

M. 46.—, in Ganzleinen geb. M. 48.—

Reichs-Medizinal-Kalender

Zugleich Fortsetzung des vom Verband der Aerzte Deutschlands (Hartmannbund) herausgegebenen Aerztl. Taschenkalenders. — Begr. von P. Börner. Fortgef. von J. Schwalbe. Herausg. von Priv.-Doz. Dr. P. Wolff, Berlin, 53. Jahrgang. 1932.

1. Teil: Taschenbuch, Beiheft, 4 Quartalshefte.

Normal-Kalender. Kalendertafel in vier brosch. Heften zum Einhängen, Text geb. M. 4.80
desgl. in sechs broschierten Abteilungen M. 3.20

Georg Thieme / Verlag / Leipzig

Die seelische Krankenbehandlung (Psychotherapie)

Ein Grundriß für Fach- und Allgemeinpraxis

Von

Prof. Dr. med. J. H. Schultz

Vierte, wesentlich neubearbeitete Auflage (Fünftes Tausend)

Mit 12 Kurven im Text und 5 Tafeln

XVI, 404 S. gr. 8° 1930 Rmk 20.—, geb. 22.—

Norddeutsches Aerzteblatt. 1931, Nr. 8: Wie kaum ein anderer psychotherapeutisch tätiger Nervenarzt hat Schultz vor allem die Zusammenhänge der Psychotherapie mit der klinischen Medizin, der Physiologie und Pathologie und der Psychiatrie berücksichtigt. . . . Dieses ausgezeichnete Werk bietet nicht nur dem Allgemeinpraktiker einen umfassenden Ueberblick über eine universelle Psychotherapie, es vermittelt auch dem erfahrenen Psychotherapeuten anregende neue Gesichtspunkte und ein reiches Erfahrungsmaterial.

Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift. 1930, Nr. 51: . . . Das Buch ist frei von den jetzt bei manchen Psychotherapeuten so üppig wuchernden, aber nichtssagenden psychologisch-philosophischen Deduktionen, Konstruktionen und Theorien. Schultz' „Seelische Krankenbehandlung“ sei bestens empfohlen.

Verlag von Gustav Fischer in Jena

Notizen.

Das neue Gesundheitsgesetz in der Türkei. Das neue Gesetz, das vor kurzem in der Türkei in Wirksamkeit getreten ist, verdient nach mehreren Gesichtspunkten besondere Aufmerksamkeit. a) Allgemeine Organisation. Die Spitze des Gesundheitswesens ist der Gesundheitsminister. Er hat nicht nur die Aufgabe, den gesamten Ärztebestand zu überwachen, sondern auch die Kontrolle der Medikamente einschließlich der Vakzine und Seren. b) Ansteckende Krankheiten. Im Falle einer ansteckenden Krankheit, selbst im Falle des Verdachts einer solchen, hat der öffentliche Gesundheitsbeamte das Recht, den Kranken und seine Umgebung zu untersuchen und nötigenfalls unter Quarantäne zu stellen. Unter Umständen kann die gesamte Bevölkerung einer systematischen ärztlichen Kontrolle unterworfen werden. Wer sich weigert, hat schwere Strafen zu erwarten. Ein unter dem Verdacht einer ansteckenden Krankheit Verstorbener kann von Amts wegen seziiert werden. Ebenso können Keimträger bis zur vollkommenen Wiederherstellung von ihrem Berufe ausgeschlossen werden. Die Kosten der Internierung trägt der Staat. c) Die Impfung gegen Pocken ist obligatorisch und ist alle 5 Jahre bis zum 30. Lebensjahre zu erneuern. Im Falle einer Epidemie kann die Impfung aller Ortsangehörigen angeordnet werden. d) Geschlechtskrankheiten. Eine Person, die geschlechtskrank ist, muß sich von einem approbierten Arzt behandeln lassen. Zuwiderhandlungen werden mit wenigstens 3 Monaten Gefängnis und einer Geldstrafe bis zu 40000 M. bestraft. Der Arzt muß die Adresse des Kranken dem Gesundheitsamt melden. Dieses wacht darüber, daß die Behandlung strikte durchgeführt wird. Wer geschlechtskrank ist, oder es den Umständen nach annehmen

muß und trotzdem den Beischlaf ausführt, wird erheblich bestraft. In Gegenden, wo Geschlechtskrankheiten häufig sind, kann die Untersuchung der gesamten Bevölkerung angeordnet werden. e) Ehezeugnis. Ein Mann oder eine Frau, die heiraten wollen, müssen sich vor der Heirat ärztlich untersuchen lassen. Die Heirat von Personen, die an einer Geschlechtskrankheit, an Lepra oder einer Geisteskrankheit leiden, ist untersagt, bis ein Arzt die Heilung des Betroffenen bestätigt. Wer an einer offenen Tuberkulose leidet, muß 6 Monate mit der Heirat warten, unter Umständen kann die Zeit noch um ein weiteres halbes Jahr verlängert werden. Bestehen die Verlobten dann noch auf die Heirat, so müssen sie vom Arzt über die eventuellen Folgen aufgeklärt werden. f) Schwangerenfürsorge. Es ist verboten, eine Schwangere einer schwierigeren Arbeit auszusetzen, die für Mutter oder Kind gesundheitsgefährlich ist. Sowohl die künftige Mutter wie der Arbeitgeber machen sich strafbar. 3 Wochen vor der Niederkunft muß die Frau jede Arbeit niederlegen und darf sie erst 3 Wochen nach der Entbindung wieder aufnehmen. Frauen, die stillen, müssen zweimal täglich eine halbe Stunde Ruhepause haben. Die Aufnahme in Entbindungsheime ist unentgeltlich. Die Frau kann bis zu einer Woche nach der Entbindung dort bleiben. g) Schulgesundheitspflege. Die Schulgesundheitspflege erstreckt sich nicht allein auf physische und psychologische Untersuchung, es ist auch Unterricht zu erteilen in der Säuglingspflege für Mädchenschulen. Kinder unter 12 Jahre dürfen weder ein Restaurant noch ein Kino, ein Theater, einen Ballsaal oder eine Bar besuchen, selbst nicht in Gegenwart der Eltern.

Keine
Arsentherapie
ohne

Dürkheimer Maxquelle

Deutschlands stärkste Arsenquelle 19,5 mgr. As, O, i. l.

Bei fast allen großen Krankenkassen Deutschlands zugelassen

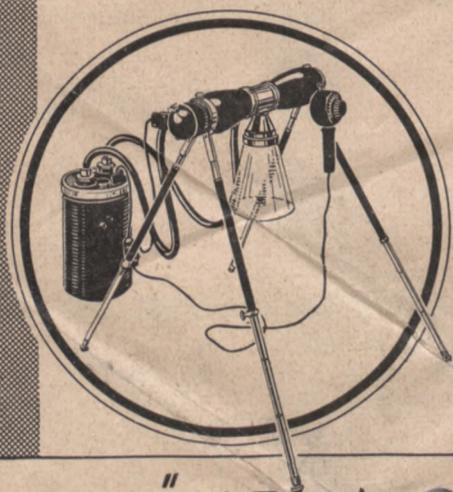
Arsen-Heilquellen-Gesellschaft m. b. H., Bad Dürkheim (Rheinpfalz), Direktion: Wiesbaden

Prospekte über das Bad versendet der Bad- und Salinenverein Bad Dürkheim

Probequantum kostenlos, ad us. propr. zum Vorzugspreis.
Literatur u. Trinkschemata d. Herren Ärzten gratis u. franko

Der „METALIX“-APPARAT

die tragbare
Röntgeneinrichtung



Anschluß an die Lichtsteckdose
Standardisierte Aufnahmetechnik
Strahlenschutz
Hochspannungsschutz
Universelle Einstellbarkeit
Feinste Zeichenschärfe durch
Goetze-Strahlröhre
Einfachste

C.H.F. MÜLLER A.-G. H.



10 verschied. Baden M. 4.50, 15 verschied. Bayern (Kreuzer) M. 3.50, 10 verschied. Württembg. (Kreuzer) M. 3.50, 20 verschied. Thurn u. Taxis M. 4.75, 8 verschied. Sachsen M. 2.—, 15 verschied. Nordd. Postbezirk M. 3.25, 40 verschied. Altdeutschland M. 4.50, 50 verschied. Deutsche Besetzung M. 2.25, 1000 verschied. all. Welt m. Bad., Sachs. usw. M. 4.—. Porto besond. Fa. Carl Willadt, Pforzheim 21.

Anzeigenschluß
jeweils 14 Tage vor Erscheinen.

Pneuma
das
Asthma Inhalie
für den Anfa
Kronen-A

Einbanddecken

in Ganzleinen

für den J
der „Zeitsch
können zum Preis
oder vom Verlag (-
Fischer in Jena be
Bestellkarte ist dies

Die hausärztliche Behandlung der Lungen- Tuberkulose

Von

Adolf Bacmeister

Prof. Dr. med., leit. Arzt des
Sanatoriums f. Lungenkranke
in St. Blasien, ao. Prof. f. inn.
Medizin an der Universität
Freiburg i. Br.

Sechste bis achte,
unbearbeitete Auflage

Mit 18 Röntgenbildern
auf 3 Tafeln

80 S. 8° 1928 Kmk 2.50

Inhalt: 1. Grundsätzliches
über die Entstehung und Be-
handlung der Lungentuber-
kulose. 2. Die klinischen
und anatomischen Formen
der Lungentuberkulose. Qua-
litätsdiagnose. 3. Künstliche
Immunsierung gegen die
Tuberkulose. 4. Die haus-
ärztliche Behandlung der
Lungentuberkulose. 5. Die
chirurgische Behandlung der
Lungentuberkulose. 6. Richt-
linien für die klimatische Be-
handlung der Tuberkulose.
7. Lungentuberkulose, Sport-
und Leibesübungen. 8. Hei-
raterlaubnis und Schwanger-
schaftsunterbrechung.

Verlag:

Gustav Fischer, Jena

Angina p

Auch hierbei hat sich die U
als wirksames Heilmittel bewän.
Freund, 1. Med. Univ.-Klinik, Wien
ner Arbeit „Zur Strahlentherapie der Ang.
erschienen in der Wiener Klin. Wochenschrift 1928 u. a. wie folgt:

„Wenn ich es unternehme, die physikalische Th
der Angina pectoris zu erläutern, so kann ich d
gründen durch die günstigen Erfolge, die ich seit
zwei Jahren bei der Angina pectoris mit der Qu
penbehandlung erzielen konnte.“

„Teilweise kann der Erfolg als geradezu aus
genannt werden. Die Kranken waren glücklic
Anfällen befreit zu sein, sie fühlten sich wieder
fähig, konnten lange Strecken gehen und sich
von dem Nitroglyzerin befreien“.

„Namentlich den günstigen psychischen
meiner Ansicht nach nicht zu nied
Kranke, die monatelang nicht mehr
die ständig das Damoklesschwert de
todes über ihrem Haupte schweben
auf, sie fühlen sich dem Leben



Künstliche

Das
Ha
Qu
Zv

Biblioteka Główna UMK
 300021288769

Heilart

Geschäftsstelle des Verbandes: H

Kurhaus Ahrweiler,
 Ahrweiler (Ahrtal, Rheinland). Dr.
 von Ehrenwall'sche Kuranstalt. Das ganze Jahr
 geöffnet. Indication: Alle Formen psychischer und
 nervöser Störungen, Entziehungskuren; besonders
 Abtönung für innere Krankheiten (Diabetes etc.).
 Ermäßigte Preise. Leitende Aerzte: Dr. von Ehren-
 wall, Geh.-San.-Rat, Besitzer. Dr. März.

Berlin
Kuranstalten Westend
 Fernspr.: Westend 606
 1. Kurhaus mit modernst. Komfort. 2. Villa
 Nibelie für Minderbemittelte der gebildeten Kreise.
 Sanatorien für Erholungsbedürftige und Nerven-
 3. Psychiatrische Abteilung.
 Alle Methoden der Psychotherapie. Entziehungs-
 Fieber-, Schlafkuren.
 Prof. Dr. Henneberg,
 Dr. Schlomer, Dr. Möllenhof

DDr. Fraenkel-Oliver's
Sanatorium „Berolinum“
 Berlin-Lankwitz, für Nerven- u. Gemüts-
 kranke, für jede Art organischer od. funktioneller Stör-
 ung des Centralnervensystems, Erziehung-, Schlaf-
 und Malariekuren, sowie für freiwillige Kranken-
 San.-Rat Dr. Fraenkel, Berlin-Lankwitz,
 Viktoriastr. 60. Fernspr.: G. 3, Lichterfelde 6000

Sanatorium „Waldhaus“
BERLIN-NIKOLASSEER
 Kurhaus für Nerven- und Gemütskranke, Er-
 ziehungs- und Schlafkuren, verschied. Verpflegungs-
 Fernspr.: Wannsee G. 4, 6256 und 6257. Leit-
 Aerzte: San.-Rat Dr. Nawratzki u. Dr. Arndt

Dr. Hertz'sche Kuranstalt
 für Nerven- und Gemütskranke
 Entziehungskuren
BONN a. Rh. Tel. Sam.
 San.-Rat Dr. Wilhelm

enicet-Nebennierenpräparat) KP. 1,25 g M. 0.60
 d, sekretionsvermindernd, anaesthesierend 5 g M. 1.50
 , Laryngitis, Epistaxis 12,5 g M. 3.—

Salbe

logistisch, sekretionsbeschränkend, juckstillend
 ren-, Schleimhaut- und Wund-Salbe
 nupfen) Tube (Olivansatz) M. 1.40

n-Schnupfen-Salbe

n-Schnupfen-Salbe
 (für Nerven- und Gemütskranke)
 Entziehungskuren Laryngitis, Laryngitis
 Tube (Olivansatz) M. 0.60

nglinge nur die mentholfreie Lenirenin-Salbe

3b rithrit (Tabletten à 0.35)

chem. Reaktionspräparat mit poly-pharmakodynamisch abgestimmter peripherer
 und zentraler Wirkung
 Optimale antipyretische, analgetische und sedative Effekte; durch Zusatz
 der Elektrolyte Kalzium und Strontium auch sympathicotrope Beeinflussung
 des vegetativen Tonus
 Katarrhe der oberen Luftwege, Grippe, Rheumatiden,
 Neuralgien, Arthritiden

Röhrch. 10 Stck. M. 0.75
 20 Stck. M. 1.20
 1/4 Sch. 40 Stck. M. 2.30

Cold-Cream

Schutz gegen Kälte-Erytheme, rauhe, rissige
 tscherbrand

KP. M. 0.60
 1/4 Tube M. 1.—

Literatur und Proben

Reiss
 enicet-Fabrik
 7/37