

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 9

München, September 1964

19. Jahrgang

17. BAYERISCHER ÄRZTETAG IN OBERSTDORF

VOLLVERSAMMLUNG

der Bayerischen Landesärztekammer (17. Bayerischer Ärztetag)
am 9./10./11. Oktober 1964 in Oberstdorf

Tagungsort:

Kurhaus

Eröffnung des Ärztetages: Freitag, den 9. Oktober 1964, 19.30 Uhr, im Kursaal

Beginn der Arbeitstagungen: Samstag, den 10. Oktober, und Sonntag, den 11. Oktober 1964,
jeweils um 9.30 Uhr s. t. im Kursaal

Die Verhandlungen werden in geschlossenen Sitzungen stattfinden, zu denen außer den Delegierten nur Ärzte als Zuhörer gegen Ausweis Zutritt haben. Stimmübertragung ist nach dem Kammergesetz nicht zulässig.

Tagesordnung:

1. Tätigkeitsbericht der Kammer
2. Rechnungsabschluß 1963 für Kammer und Kindergeldkasse;
Voranschlag 1965 für die Kammer
3. Neufassung der Meldeordnung
4. „Optimale Betreuung der werdenden Mutter und des Säuglings“
Referenten: Professor Dr. Schwalm, Würzburg, Professor Dr. Hilber,
München, Dr. H. J. Sewering, München
5. Wahl des Tagungsortes für den 18. Bayerischen Ärztetag 1965

ZEITTAFEL (mit Rahmenprogramm)

FREITAG, den 9. Oktober 1964

19.30 Uhr: Feierliche Eröffnung des 17. Bayerischen Ärztetages im Kursaal

SAMSTAG, den 10. Oktober 1964

9.30 Uhr: Beginn der Arbeitstagung im Kursaal

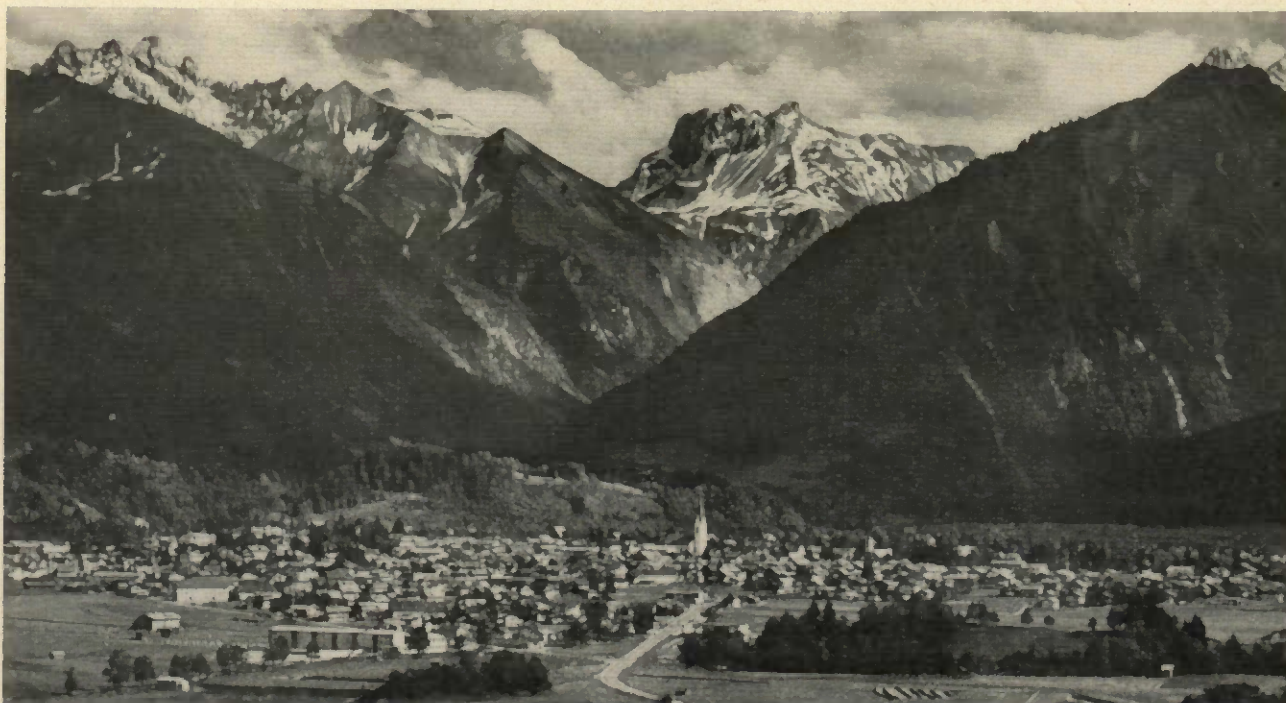
10.00 Uhr: Abfahrt mit Stellwagen nach Einödsbach. Treffpunkt vor dem Kurhaus. Rückkehr gegen 17.00 Uhr

20.00 Uhr: Geselliger Abend im Kursaal

SONNTAG, den 11. Oktober 1964

9.30 Uhr: Beginn der Arbeitstagung im Kursaal

10.00 Uhr: Besichtigung des Kurmittelhauses. Treffpunkt im Foyer des Kurhauses



Oberstdorf/Allgäu, 815 m, mit Gr. Krottenkopf, 2657 m, und Kratzer, 2424 m

*Begrüßung
der Teilnehmer
am 17. Bayerischen Ärztetag*



Die Delegierten der bayerischen Ärzte und alle unsere Gäste heiße ich in Oberstdorf herzlich willkommen. Es ist mir eine große Freude, daß auch diesmal wieder der Vorstand der Bundesärztekammer unserer Einladung folgen und unter dem Vorsitz seines Präsidenten hier zu einer Sitzung zusammentreten wird.

Den Oberstdorfer Kollegen danke ich für ihre Einladung und alle Mühen, die sie sich um die Ausgestaltung des Ärztetages gemacht haben.

Den Beratungen unseres 17. Bayerischen Ärztetages kommt eine besondere Bedeutung zu. Wir wollen Mittel und Wege finden, die eine optimale ärztliche Betreuung der werdenden Mutter und des Säuglings sichern. Diese Maßnahmen werden nicht nur von großer gesundheitspolitischer Bedeutung sein; sie werden auch unter Beweis stellen, daß die präventive Medizin am besten in den Händen verantwortungsbereiter praktizierender Ärzte liegt.

Mögen unsere Beratungen in Oberstdorf, dem Herzen des Allgäus, in dem sich Modernes und Neues im Schutze des Beständigen entfalten konnte, zum Wohle der uns anvertrauten Bevölkerung erfolgreich sein.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Sewering', written in a cursive style.

DR. SEWERING

Präsident der Bayerischen Landesärztekammer



*Grußwort
zum Bayerischen Ärztetag 1964
in Oberstdorf*

Der Ärztliche Bezirksverband Schwaben und seine 9 Kreisverbände Augsburg, Lindau, Memmingen, Mindelheim, Mittelschwaben, Nordschwaben, Oberallgäu, Ostallgäu und Westallgäu entbieten dem Bayerischen Ärztetag, seinen Teilnehmern und Gästen ein herzliches Willkommen. Nachdem bereits im Frühjahr dieses Jahres der Ärztliche Bezirksverband Schwaben die Ehre hatte, den 67. Deutschen Ärztetag in Augsburg beherbergen zu dürfen, freuen sich die schwäbischen Ärzte, daß nunmehr auch der Bayerische Ärztetag zu ihnen nach Oberstdorf kommt. Die Schönheit dieser Perle des Allgäus wird von den auf ihre Heimat stolzen Allgäuer Kollegen besser gepriesen werden können als von einem Augsburger. Ich möchte hier jedoch in die Erinnerung zurückrufen, daß das herrliche Oberstdorf gewissermaßen der Vorläufer der großen internationalen Fortbildungskongresse Davos, Badgastein, Grado, Montecatini und Meran genannt werden muß. Es war in Oberstdorf, als wir 1953 anlässlich einer Ski-flugwoche einen Modell-Fortbildungskurs organisierten und ausprobierten, der erstmals nach dem Prinzip jener großen Kongresse aufgebaut war: „Gib dem Arzt ein paar Stunden Entspannung und frische Luft, er wird freudig und mit Erfolg den Rest des Tages der Fortbildung widmen.“

Möge dieser Grundsatz auch der Berufspolitik in Oberstdorf dienlich sein, möge die gute Allgäuer Luft und die herrliche Lage die berufspolitische Spannung lösen und die Beschlüsse des Ärzteparlaments beflügeln.

Professor Dr. SCHRETZENMAYR

1. Vorsitzender des Ärztlichen Bezirksverbandes Schwaben

Herzlich willkommen in Oberstdorf!



Die Ärzte des Oberallgäus begrüßen den Bayerischen Ärztetag! Sie freuen sich, daß die Wahl auf Oberstdorf gefallen ist und daß in ihrer Bergwelt getagt wird!

Die Schönheit der Oberstdorfer Berge, die unsere Gäste umgibt, wird ihren Eindruck nicht verfehlen. Sie wird die Arbeit des Ärztetages befruchten, ihr jede Kleinlichkeit nehmen und sie wird dazuhelfen, daß die Tagung erfolgreich wird. So wünschen wir es unseren Gästen und ihrer Tätigkeit!

Die Kollegen werden nebenbei eine Vorstellung davon bekommen, wie unbequem im Alltag des praktischen Arztes die Bergschönheit werden kann. Sie stellt große Forderungen an die Einsatzbereitschaft. Sie macht im Oberallgäu die Tätigkeit des praktischen Arztes mühselig und anstrengend. Man denke an den Winter, wenn Neuschnee und Glatteis das Autofahren zum Abenteuer werden lassen und abseits gelegene Höfe und Skiunterkünfte nur zu Fuß oder mit Skiern zu erreichen sind. Viel mehr als der Kollege in der Stadt oder im flachen Land ist der Arzt im Gebirge auf sich selbst gestellt. Ohne Facharztausbildung hat er sich selbst zum allseitigen praktischen Arzt aus- und fortgebildet. Daß er dabei sich nicht einseitig zu einem rustikalen Typ entwickelt, sondern daß er gleichzeitig mit den Feinheiten der zivilisatorischen oder städtischen Medizin vertraut bleibt, dafür sorgen die Städter, die in der Sommer- wie Wintersaison sein Arbeitspensum verdoppeln und verdreifachen.

Als Einzelgänger von Beruf ist auch der Arzt im Oberallgäu organisatorisch schwer lebendig zu erfassen und zu berufspolitischer Arbeit zu gewinnen. In der spärlichen Freizeit zieht es ihn in die Berge oder ans Wasser. Er holt sein Hobby hervor, aber ungern geht er in Versammlungen. Seit der Gründung des eigenen Kreisverbandes ist durch die größere räumliche Nähe schon manches besser geworden. Dazu hat auch beigetragen, daß nicht mehr Kollegen aus städtischer Sicht die Berufsprobleme behandeln, sondern Landärzte, wie es die Mehrzahl im Oberallgäu ist.

Der Arzt im Gebirge ist in ganz anderer Weise ein freier Mann, als der Städter es je sein kann. Wenn er vor die Haustür tritt, ist der Allgäuer im Freien, den Bergen gegenüber. Das empfindet er jedesmal dankbar, das durchdringt auch unbewußt sein Denken und Fühlen. Er duldet letztlich nur die Einschränkungen und Verzichte, die er mit der Wahl des Arztberufes freiwillig auf sich genommen hat. Er bejaht seinen Beruf aus vollem Herzen, so anachronistisch er vielen im Zeitalter der 36-Stunden-Woche auch erscheinen mag.

Diese Freiheit liebt und hütet der Allgäuer Arzt als kostbares Gut, „um des Menschen selbst willen“, wie auf dem Deutschen Ärztetag in Augsburg gesagt wurde. Um seiner selbst und um der Patienten willen! Mit aufmerksamer Genugtuung hat er vernommen, was zu diesem Thema gesprochen wurde, von besonderer Bedeutung deshalb, weil nicht ein Arzt pro domo sprach, sondern ein Vertreter der Regierung sich zum überzeugenden Verteidiger der ärztlichen Freiheit gemacht hat. Er wies auf die Gefahren hin, die der Freiheit des ärztlichen Berufs auch aus scheinbar harmlosen organisatorischen oder staatlichen Maßnahmen drohen und erwachsen können. Wie sehr Staatsminister Junker verstanden wurde, beweist der Abdruck seiner Rede in den „Ärztlichen Mitteilungen“ und im „Bayerischen Ärzteblatt“ zugleich. Wir werden wachsam sein!

Möchten die Debatten des 17. Bayerischen Ärztetages in Oberstdorf vom Gedanken der menschlichen Freiheit und Würde durchdrungen sein und seine Beschlüsse ihnen dienen!

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'G. Henkel'. The signature is written in a cursive, somewhat stylized script.

Dr. HENKEL

1. Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Oberallgäu



An den
17. Bayerischen Ärztetag

Nachdem der Deutsche Ärztetag dieses Jahr in Augsburg stattgefunden hat, ist der Bayerische Ärztetag bei Schwaben geblieben. Die Landesärztekammer hat gut daran getan, dafür Oberstdorf auszusuchen. Die Ärzte sollen die Vorzüge des heilklimatischen Kurorts nicht nur ihren Patienten verordnen, sondern einmal selbst genießen. Das Angenehme mit dem Nützlichen verbinden, ist entgegen dem ersten Anschein eine keineswegs triviale Verhaltensregel. Wenn es einmal so gewesen sein sollte, hat die Industriegesellschaft mit ihrem Raubbau die Aufwertung dieses Leitsatzes gründlich besorgt. Wir wissen, was dem Arzt heute abverlangt wird. Daß der Geist der Medizin leicht zu fassen sei, konnte Goethe schon zu seiner Zeit eben nur einem Mephisto in den Mund legen. Heute ist der Arzt in einem Maße strapaziert, das die Anfälligkeit unserer Gesellschaft bestimmt. So erreicht die Tagung durchaus ihren guten Sinn, wenn sie nicht nur dem Wissen und der Erfahrung, sondern auch der Erholung dient. Oberstdorf mit seinen Tälern hätte das Zeug dazu.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Dr. Fellner'. The signature is written in a cursive, somewhat stylized script.

Dr. FELLNER

Regierungspräsident von Schwaben

*Oberstdorf grüßt den
17. Bayerischen Ärztetag*



Der Markt Oberstdorf freut sich und ist dankbar, daß Oberstdorf als Tagungsort für den 17. Bayerischen Ärztetag ausgewählt wurde. Die Marktgemeinde sowie die Kur- und Verkehrsbetriebe AG in Oberstdorf sehen darin eine Anerkennung ihrer Bemühungen, durch Schaffung neuer Kureinrichtungen dem Bestreben der Gesundheitsvorsorge zu dienen.

Im Namen des Marktgemeinderates und der Gesamtbevölkerung Oberstdorfs entbiete ich allen Teilnehmern des 17. Bayerischen Ärztetages ein herzliches Willkommen mit dem Wunsch, daß neben einer erfolgreichen Tagungsarbeit dem einzelnen noch Zeit und Muße verbleibt, sich in der Großartigkeit der Oberstdorfer Landschaft zu erholen.

A handwritten signature in black ink, consisting of two vertical strokes with loops at the top, resembling the letters 'D' and 'R'.

Dr. DREHER

1. Bürgermeister

OBERSTDORF

Anmerkungen zu seiner Geschichte und Landschaft

Von Heinrich Bernhard Zirkel liegt eine Geschichte des Marktes Oberstdorf im Allgäu bis zum Ausgang des 15. Jahrhunderts vor. Darnach sind Schwaben oder Alemannen erst im 5., spätestens im Anfang des 6. Jahrhunderts von Norden her eingewandert. Manche Anzeichen sprechen jedoch dafür, daß das Bestehen des Ortes bereits in der Karolingerzeit vermutet werden könnte, etwa 500 bis 800 n. Chr. Oberstdorf ist eine rein germanische Siedlung, kein einziger der vielen hundert Flurnamen ist mit Sicherheit rätomanisch oder keltisch, wie man das etwa im Montafon feststellen kann. Der Name des Ortes lautete im 14. Jahrhundert „Obrostdorf“, noch im 14. und zu Anfang des 15. Jahrhunderts „Oberunstorff“, vom 15. Jahrhundert ab „Oberßtorff“ und „Obersztorff“. Nach diesen urkundlichen Formen muß man die heutige Schreibweise „Oberstdorf“ als richtig ansehen.

Das Dorf war bis zum Jahre 1808 eine Genossenschaft gewesen. Der Eintritt in die Dorfgemeinschaft war nur mit ihrer Zustimmung möglich.

Die Christianisierung wurde von dem Kloster St. Gallen durchgeführt. Schon in fränkischer Zeit wurde die Grenze zwischen den Diözesen Konstanz und Augsburg festgelegt. Seit dem 10. Jahrhundert ist Oberstdorf eine Pfarrei. Die Existenz des Geistlichen hatte schon Karl der Große gesichert: Alle Einwohner mußten dafür den Zehnten geben (diese Regelung hielt sich bis zum Jahre 1848). Ludwig der Fromme (814—840) gab der Pfarrei ein „Widdum“, ein kleines Gut, auf dem mindestens vier Kühe gehalten werden konnten. Reste dieses „Widdums“ sind heute noch im Besitz der Oberstdorfer Pfarrpründe. Zu der Pfarrei gehörte bis zum Jahre 1508 auch das Dorf Riezlern im Walsertal. Dieses Tal hatten die aus dem Wallis kommenden alemannischen Bauern besiedelt, die „Walser“ genannt wurden. Das Walsertal hatte seit jeher weit mehr Beziehungen zum Illertal als nach Österreich. Es besteht aus zwei nicht zusammenhängenden Tälern in Vorarlberg, ist jedoch deutsches Zollgebiet.

Mehr als tausend Jahre bildeten Ackerbau, Viehzucht und das Handwerk die Grundlagen der Oberstdorfer Wirtschaft. Erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts erfolgte die Umstellung auf die Milchwirtschaft nach dem Muster Hollands und der Schweiz.

Im 16. Jahrhundert nahm die Übervölkerung des Allgäus, die bereits im endenden Mittelalter festzustellen war, noch immer zu. Dadurch wurde eine starke Auswanderung bewirkt. Im Innern kam es dadurch zu immer größeren Angriffen auf den Wald. Ende des 17. Jahrhunderts griff die Güterzertrümmerung in beunruhigender Weise um sich. So hörte man z. B. von dem Aufteilen der einzelnen Stockwerke der Häuser unter verschiedene Besitzer, dem sog. Herbergesystem.

Im Dreißigjährigen Krieg wurde das Land insbesondere durch Requisitionen sehr geschädigt. Oft wurde den Bewohnern fast ihr gesamter Viehbestand weggenommen. Im Jahre 1635 starben nahezu zwei Drittel der entkräfteten Bevölkerung durch die Pest. Danach aber kamen viele Jahre des Friedens und des Wohlstandes. Erst Napoleon brachte den Bewohnern des Tals wieder Not und Sorgen. Hohe Steuern und der Zwang zum Wehrdienst erbitterten die Bevölkerung so sehr, daß sie sich im Jahre 1809 der Tiroler Erhebung gegen Napoleon anschloß. Nur mit Sensen bewaffnet, vertrieb sie die Franzosen aus Kempten.

Eine große Feuersbrunst zerstörte im Jahre 1865 etwa zwei Drittel des ganzen Ortes, darunter auch die Pfarrkirche. Erst 1873 fand in Oberstdorf der erste evangelische Gottesdienst statt. Bis dahin waren Protestanten in diesem Gebiet, das seit 1564 im Besitz des Bischofs von Augsburg war, nicht geduldet.

Seit den ältesten Zeiten besaß Oberstdorf ein sog. Niedergericht, dem ein Schultheiß, später ein Gerichtsamman, vorsah. Anfangs gehörten auch 24 Bauern zu diesem Gericht, allmählich jedoch blieb nur der Vorsitzende als Einzelrichter übrig. Bei der Erteilung des Marktrechtes im Jahre 1495 erhielt Oberstdorf auch ein Hochgericht, das über Leben und Tod zu entscheiden hatte. In allen Orten, die ein solches Gericht besaßen, wurde als Symbol ein Galgen errichtet. In Oberstdorf ist allerdings nie eine Hinrichtung vollzogen worden. Der Galgenhügel ist noch erhalten (im Ortsteil Faltenbach).

Die Landschaft Oberstdorfs ist auch heute noch eine Oase der Ruhe. Die Berge und Täler haben ihren Wald erhalten können, der in günstigen Lagen bis zu einer Höhe von 1600 m reicht. Vorherrschend ist die Fichte, aber auch Buchen und Weißtannen sind vorhanden,

auch Ebereschen und vereinzelt Bergahorn. Oberhalb der Knieholzgrenze (zwischen 1600—2300 m) liegen die Hochweiden.

Im Mai und Juni gehören die buntblühenden Talwiesen zu den schönsten Bildern des Allgäus: der blaue Frühlingsenzian, goldgelbe Berghahnfüße, das rote Knabenkraut, der gelbe Bocksbart und die Glockenblumen mischen sich zu einer Symphonie von Farben. Auch Alpenglöckchen, Eisenhut, Geißbart und Akelei blühen dort, und in schattigen Wäldern wird der Kenner auch noch wunderschöne Orchideen (Frauenschuhe) finden und auch das Edelweiß, das sich freilich schon auf die steilsten Hänge zurückgezogen hat.

Auch an Tieren ist die Oberstdorfer Bergwelt noch reich gesegnet. Im Herbst kann man noch fast überall das Röhren der Hirsche hören. Auch Gemsen sieht man noch häufig, insbesondere im Gebiet des Nebelhorns. Jedoch nur der stille und behutsame Wanderer wird sich an ihrem Anblick erfreuen können. Am Himmeleck und am Rappensee wird er auch noch Murmeltiere vor

ihren Löchern beobachten können. Füchse und Dachse gibt es noch mehr als genug. Da und dort läuft dem Wanderer vielleicht auch noch ein Hermelin über den Weg.

Der Steinadler horstet in den Bergen, Mäusebussarde und Bergfalken ziehen ihre Kreise. Sogar der Fischreiher ist hier noch verhältnismäßig häufig — sogar auch noch im Winter — anzutreffen. In den Flüssen, die im Winter nicht zufrieren, sind neben Enten und Zwergtauchern auch Bläß- und Teichhühner und auch der fast tropisch bunte Eisvogel zu finden. Oben in den Bergwäldern lebt das Birk- und Auerhuhn und in den Felsen das Alpenschneehuhn. Die Elster, Eichelhäher, Grünspecht und auch der Buntspecht sind zu hören, in tiefen Wäldern sogar der Schwarzspecht. Der Mauerläufer mit seinen roten Flügeln klettert im Sommer flatternd an den Felswänden herum. Amseln und Buchfinken, Gelbspötter und Grasmücken, Drosseln, Waseramseln und die gelben Gebirgsbachstelzen beleben die Gärten, die Wälder und die Gebirgsbäche dieser herrlichen Landschaft.

Aus:

GESANG AUS DEN BERGEN

Von Gertrud von le Fort

Hier läuft die Grenze des Menschen — jenseits beginnen
Die einsamen Königreiche der letzten Tannen,
Von keiner Axt mehr gesucht, nur unterworfen
Dem Blitz, dem gottunterworfenen.

Hier liegen die wilden Schlösser der Hochgewitter,
Die brausenden Horste des Sturms und die weißen
Der regierenden Wolken,

Hier steigen die Stufen an zum nackten Hochsitz der
Felsen:

Hier ragt die Erde ins All,
Hier grüßt sie feierlich den ewigen Nachbar —
Über den Felsen gebieten
Nur noch die Throne des Lichts.

Aber ergreifend ist am Abend
Der Untergang des Gebirges,
Wenn sich die Felsengipfel, die herrschergewaltigen,
Langsam von ihren glühenden Thronen erheben,
Stillen Hauptes, als schwänden sie feierlich willig

Den nächtlichen Schatten entgegen
Hinab in die schaurigen Schluchten —
Dann kommt die zaubrische Stunde
Des unbekanntes Lichts:
Da ist es, als kehre die Sonne
Noch einmal zurück, aber in Mond verwandelt —
Doch scheint weder Sonne noch Mond,
Sondern es scheinen von silbernen Thronen herab
Wieder die ragenden Gipfel:
Unirdisch leuchtend wie aus dem Jenseits der Räume —
In der durchgeistigten Nacht
Gehen die Toten auf wie die unsterblichen Sterne.

Tag und Nacht wandert mein schauerndes Auge
Im Felsendom des Hochtals, die steinernen Stufen
Empor zum greisen Altar,
Zum feierlich-entrückten des mächtigen Berges —
Verhüllt betet vor ihm die gesegnete Wolke,
Bevor sie niedertaut,
Und unter strömenden Tränen
Stürzen die Wetter sich nieder, wenn sie verrasen —
Mit aufgehobener, leuchtender Stirn betet das selge,
Ewig erhörte Licht —
Aber auch ohne Erhörung getröstet,
Im Dunkeln harrend,
Lange, sanft und innig
Betet die stillen, beten die sternernen Nächte.

Morbus haemolyticus neonatorum

Von J.-Th. Böttger

Die Erythroblastose = morbus haemolyticus neonatorum (MHN) kann klinisch in drei Formen auftreten: als Hydrops congenitus, Icterus gravis familiaris, Anaemia neonatorum.

So verschieden diese drei Erscheinungsformen anmuten, so unterschiedlich waren auch die Erklärungen, die die Ärzte in den letzten Jahrhunderten zu ihrer Entstehung zu geben versuchten.

Bereits 1621 beschreibt GUILLEMEAU hydropische Neugeborene; ebensolche Angaben macht 1684 DORSTENIUS. In der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts werden die Mitteilungen über die Geburt solcher schwerkranker Kinder häufiger. Erstmals wird jetzt 1888 durch COHN und 1892 durch BALLANTYNE das familiär gehäufte Auftreten der Erkrankung beschrieben. Letzterer hebt die Ähnlichkeit der Erkrankung zur Neugeborenen-syphilis hervor, ohne jedoch die Lues als Ursache des Neugeborenen-todes anzusehen. Als selbständiges Krankheitsbild beschreibt 1910 SCHRIDDE die „Allgemeine Wassersucht des Neugeborenen“ und grenzt es damit als „scharf begrenztes typisches Krankheitsbild“ von ähnlichen Erkrankungsformen ab. Von jetzt ab finden sich immer wieder Angaben über diesen sogenannten „Schridde-Typ“, der durch folgende Merkmale charakterisiert ist: Ödem und Schwellung von Placenta und Nabelschnur, Ödem des Unterhautzellgewebes, besonders der Extremitäten und des Kopfes, vermehrte Flüssigkeitsansammlung in den Körperhöhlen, Vergrößerung von Leber und Milz, kleine graurote Herde in den Nieren, mäßige Vergrößerung der mesenterialen Lymphknoten, Hypertrophie des Herzens, Blutbildungsherde in Leber, Milz und Niere; Hämosiderose in der Leber, Überwiegen von Erythro- und Myeloblasten im Blut. Dank dieser genauen Beschreibung durch SCHRIDDE war es von nun an möglich, alle derartigen Hydropsfälle bei Neugeborenen von anderen Krankheitsbildern abzusondern.

Aber noch immer war nicht der Zusammenhang des Hydrops mit dem Icterus gravis erkannt. Jahrhundertlang hielt man den Icterus gravis familiaris nur für eine pathologische Variante des physiologischen Icterus. Erstmals wird 1875 von ORTH bei der Untersuchung eines am zweiten Lebenstag an Icterus gravis verstorbenen Kindes die Vermutung ausgesprochen, daß es sich bei dieser Erkrankung nicht lediglich um eine verstärkte Form des physiologischen Icterus handeln könnte. Er hielt es für undenkbar, daß die bei der Obduktion des Gehirns vorgefundene riesige Bilirubinmenge durch Haemolyse in zwei Tagen entstanden sein könnte. Außerdem fiel ORTH auf, daß keine diffuse Gelbfärbung des Gehirns vorlag, sondern nur die Stammganglien betroffen waren. 1903 greift SCHMORL diese Überlegung auf und berichtet über gleichartige Krankheitsformen bei Neugeborenen, die unter den Zeichen eines Icterus gravis wenige Tage oder Stunden nach der Geburt gestorben waren. Auch ihm fällt die typische Gelbfärbung der Stammganglien des kindlichen Gehirns auf. Er ist es, der den Namen Kernikterus geprägt hat. 1904 trennt LAGREZE in

seiner Dissertation scharf die physiologische von der pathologischen Icterusform des Neugeborenen ab. 1909 berichten BUCHAN und COMRIE über Icterus-gravis-Fälle in zwei Familien. 1912 prägt RAUTMANN erstmalig den Namen Erythroblastose für diese Erkrankung, der erst in der jetzigen Zeit durch die Krankheitsbezeichnung morbus haemolyticus neonatorum (MHN) mehr und mehr abgelöst wird. 1921 erkennt GIERKE den Zusammenhang der beiden bis dahin völlig getrennt voneinander erforschten Krankheitsbilder: des Hydrops und des Icterus gravis. Bei der Untersuchung eines am 3. Lebenstag an Icterus gravis gestorbenen Kindes fand er alle Merkmale des Schriddetyps. Nun forschte er weiter und fand Familien, bei denen sowohl hydropische als auch an Kernikterus erkrankte Kinder in der Geschwisterreihe aufgetreten waren. Endlich war der Kreis geschlossen und man wußte, daß beides nur Formen einer Erkrankung waren, ohne allerdings deren auslösende Ursache zu kennen. Als ätiologische Vermutung wird bis zu dieser Zeit u. a. angeführt: mütterliche Erkrankungen während der Schwangerschaft, hier besonders Schwangerschaftstoxikosen, Nephropathien, Tuberkulose, Malaria, Lues und die Perniziosa.

Weiter hat man an mütterliche Fehlnahrung und Avitaminose gedacht. Von seiten des Kindes hat man Mißbildungen, besonders des Herzens und der großen Gefäße sowie Organumoren, auch Störungen im Placental-Kreislauf und des hämatopoetischen Systems angeschuldigt. Auch an eine hormonale Fehlsteuerung des Foeten ist immer wieder gedacht worden.

Im Jahre 1901 wurden von LANDSTEINER die klassischen Blutgruppen, das sog. ABO-System, entdeckt. 1928, also fast 30 Jahre später, wird von HIRSZFELD und LENART unabhängig voneinander die Vermutung geäußert, daß Blutgruppendifferenzen die Ursache der Erythroblastose sein könnten. Da man zu der Zeit nur das ABO-System kannte, hätte sich nur ein kleiner Teil der Erythroblastosefälle so erklären lassen, während für die schwersten Formen immer noch keine Ursachen gefunden werden konnten. Den wahren Verhältnissen greifbar nahe kam 1938 DARROW, die bereits eine Haemolyse der kindlichen Erythrozyten durch eine Antigen-Antikörperreaktion als auslösende Krankheitsursache vermutete. Sie dachte dabei an mütterliche Antikörper gegen das foetale Haemoglobin. Als 1937 LANDSTEINER und WIENER das Rhesus-System entdeckten (D), wurde schon bald die große medizinische Bedeutung dieser neuen Erythrozyten-Eigenschaft erkannt.

1939 erkannte LEVINE den starken antigenen Charakter des neu entdeckten Rh-Faktors. 1941 bezog er ihn auf die Erythroblastose und hatte damit zusammen mit anderen Forschern (BURNHAM, KATZIN, VOGEL, BOORMANN, DODD, MOLLISON) die endgültige Klärung des Krankheitsbildes der Erythroblastose erreicht. Von LEVINE stammt der klassische Satz, mit dem er damals die auslösende Ursache der Erythroblastose erklärte: „Das Kind hat von seinem

Vater einen Blutfaktor geerbt, den die Mutter nicht besitzt. Dieser gelangt als Antigen in den Kreislauf der Mutter und führt zur Bildung von spezifischen Antikörpern, die diaplacental auf das Kind übertreten und sich dort mit den kindlichen Erythrozyten verbinden, die im Laufe dieser Antigen-Antikörperreaktion zerstört werden.“ Daraus ergeben sich alle die verschiedenen Formen der typischen Erkrankung: Anaemie, Icterus, gesteigerte Erythropoese (Erythroblastose, Reticulocytose) Leber- und Milzschwellung. Als Folge der Anaemie kommt es zu einer Schädigung des Herzmuskels. Die weiteren Folgen davon sind die sich bereits intrauterin entwickelnden Ödeme, in den schwersten Fällen die hydropische Totgeburt. Auf Grund der Haemolyse tritt Bilirubin in größeren Mengen im Körper auf, das vor der Geburt noch über den mütterlichen Organismus ausgeschieden wird. Nach der Geburt schafft es die noch leistungsschwache Leber des Neugeborenen nicht mehr, die großen Bilirubinmengen durch Bindung an Glucuronsäure ausscheidbar zu machen, so daß die Konzentration des Gallenfarbstoffes im Blut von Stunde zu Stunde ansteigt. Wird die Blutliquorschranke überschritten, was bei etwa 20 mg% der Fall ist, findet eine irreversible Bindung des Bilirubins an die Stammganglien statt. Die Folge ist der Kernikterus, der mit Krämpfen, und wenn er überlebt wird, mit einem geistigen Dauerschaden des Kindes einhergeht.

Die von LEVINE 1939 anhand der Rh-Inkompatibilität aufgeklärte Pathogenese des MHN kann sowohl im Rh-System als auch im ABO-System ursächlich begründet sein. Seltener wird sie in anderen Blutgruppensystemen beobachtet (KELL, DUFFY, LEWIS u. a.).

Das auffallendste klinische Zeichen ist der vorzeitig auftretende Icterus, der sich bereits in den ersten Lebensstunden entwickelt. Jeder vor dem 3. Lebenstag auftretende Hautikterus ist suspect für das Vorliegen eines MHN. Je eher er auftritt, um so größer ist die Gefahr für das Kind. Erythroblastosekinder können alle Formen vom leichten erst post partum auftretenden Hautikterus mit geringer Anaemie bis zu den schwersten Formen, der hydropischen Totgeburt oder dem postnatal sich entwickelnden Kernikterus zeigen. Die meisten an MHN erkrankten Neugeborenen sind zu retten und gesund am Leben zu erhalten, wenn sie rechtzeitig einer Behandlung zugeführt werden.

Die einzige Behandlungsmöglichkeit des MHN besteht in der Austauschtransfusion des Neugeborenen. Die Prognose für ein durch Austauschtransfusion am Leben erhaltenes Kind richtet sich ausschließlich nach dem Zeitpunkt der Austauschtransfusion. Eine rechtzeitige, d. h. unmittelbar nach der Geburt in den ersten Lebensstunden durchgeführte Austauschtransfusion, verhindert mit Sicherheit das Auftreten eines Kernikterus und damit das Manifestwerden von geistigen und körperlichen Dauerschäden. Gelingt es, das Kind selbst wenn es bei der Geburt bereits hydropische Veränderungen gezeigt hat, durch Behandlung des Hydrops und sofortige Austauschtransfusion am Leben zu erhalten, kann ein Dauerschaden bei diesem Kind verhindert werden. Ganz anders ist die Situation bei Kindern, bei denen die Austauschtransfusion zu spät oder überhaupt nicht durchgeführt worden ist. Bleiben sie am Leben, kommt es in einem hohen

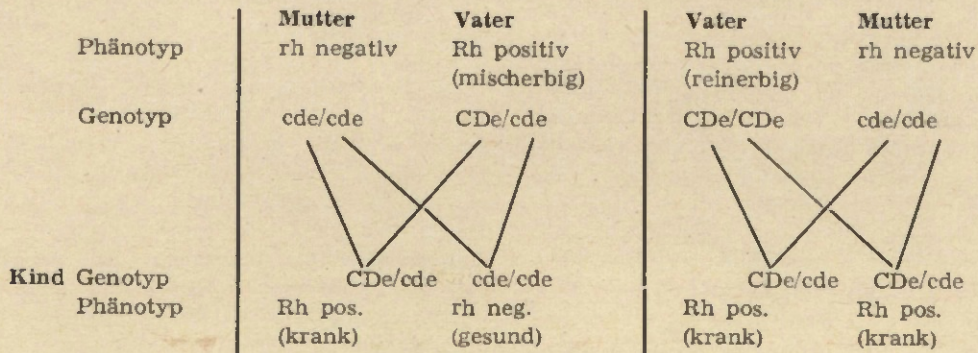
Prozentsatz zu dem gefürchteten Kernikterus mit seinen bekannten geistigen und körperlichen schwersten Defekten oder aber, falls der Kernikterus auf Grund der nur mittelschweren Erkrankung nicht zur vollen Ausbildung gekommen ist, doch zu einer deutlichen „Intelligenzminderung“ dieser Kinder, die oft erst im Schulalter, d. h. also Jahre nach der Klinikentlassung, feststellbar ist. Nachuntersuchungen bei 6—10jährigen Erythroblastosekindern haben dieses bestätigt. Die hier angeführten kurzen statistischen Angaben mögen das oben Gesagte noch unterstreichen. Von 421 an MHN erkrankten Kindern, die in den ersten 24 Stunden nach der Geburt einer Austauschtransfusion unterzogen wurden, starben 24, 5 bildeten einen Kernikterus aus. Diese 5 Kinder waren alle älter als 10 Stunden zur Klinikaufnahme gekommen. Bei 287 Kindern, die bei der Klinikaufnahme älter als 24 Stunden waren und einer Austauschtransfusion unterzogen wurden, bildeten 55 Kinder einen Kernikterus aus, 29 Kinder starben (nicht angeführt sind diejenigen Kinder, die bereits tot zur Welt kamen oder den Transport zur Klinik nicht mehr überlebten). Die übrigen Kinder beider Gruppen wurden als klinisch geheilt entlassen. Diese erschreckenden Zahlen, besonders im Hinblick auf den hohen Prozentsatz mit geistigen Dauerschäden überlebenden Kinder, sollten uns immer wieder alles versuchen lassen, die Neugeborenen rechtzeitig in klinische Behandlung zu bringen. Die einzige wirklich erfolgversprechende Maßnahme, um MHN-gefährdete Kinder rechtzeitig zu erfassen, ist die blutgruppenserologische Untersuchung der Mütter während der Gravidität. Man kann mit Sicherheit bei jeder Schwangeren das Vorliegen von Immun-Antikörpern, die bei dem zu erwartenden Kind zur Ausbildung eines MHN führen könnten, ausschließen. D. h., ein negativer Untersuchungsbefund, besonders wenn während der Schwangerschaft zweimal kontrolliert worden ist, läßt eine sichere Aussage darüber zu, daß keine Gefährdung des Kindes im Sinne eines MHN besteht. Dies gilt sowohl für das ABO- als auch für das Rh-System und alle anderen Blutgruppensysteme. Daher lautet die immer wieder ausgesprochene Forderung, sämtliche schwangeren Frauen, bei denen keine auf MHN verdächtige Anamnese vorliegt, etwa im 7. oder 8. Monat auf Antikörper zu untersuchen. In einigen Fällen ist es hierbei nötig, den Ehemann in die Untersuchung mit einzubeziehen. Bei Frauen mit „Erythroblastose-Anamnese“ sind bei Beginn jeder neuen Schwangerschaft unverzüglich serologische Untersuchungen mit Titerkontrollen vorzunehmen. Nur vor dem 4. Schwangerschaftsmonat hat man die Möglichkeit, den Ausgangstiter der noch von vorangegangenen Schwangerschaften oder unverträglichen Transfusionen herrührt, zu erfassen. Bei all diesen Frauen ist eine laufende Titerkontrolle unbedingt erforderlich. Kommt eine Frau zur Entbindung, bei der noch keine Erythroblastose-Voruntersuchungen durchgeführt worden sind, sollte man unverzüglich das Blut der Mutter sowie das Nabelschnurblut des Kindes zur blutgruppenserologischen Kontrolle bringen.

In jedem Fall ist es falsch, das Auftreten erster klinischer Symptome abzuwarten und dann erst die notwendigen Untersuchungen durchzuführen, da zu diesem Zeitpunkt bereits die günstigsten Stunden für die Austauschtransfusion versäumt worden sind. Auch

im Falle von Früh- oder Totgeburten ist es unbedingt anzustreben, das Blut der Mutter und des toten Kindes blutgruppenserologisch untersuchen zu lassen, um so die Möglichkeit zu haben, prognostische Aussagen für weitere Schwangerschaften machen zu können. Bei Frauen mit schweren Anamnesen (Totgeburten oder geschädigten Kindern) ist eine erschöpfende serologische Untersuchung der Familie notwendig. Nur aus der Gegenüberstellung der Blutgruppe des Ehemannes

und evtl. lebender Kinder kann man zu einer Ausagemöglichkeit über die Rein- bzw. Mischerbigkeit des Vaters kommen. Während bei reinerbigen Ehemännern nur bei einer vorzeitigen Entbindung (etwa 4—6 Wochen vor Termin) noch mit der Rettung des Kindes gerechnet werden kann, können bei mischerbigen Vätern neben schwergeschädigten auch spontan gesunde Kinder erwartet werden, die die Blutgruppe der Mutter geerbt haben (siehe Schema):

Mögliche Mutter/Kind-Kombination am Beispiel der Rh-Inkompatibilität:



Anschließend möchten wir noch einige Angaben über die Häufigkeit des MHN bringen. Sie stützen sich auf unsere Erfahrungen in den Jahren 1960 bis 1964, in denen wir Erythroblastose-Voruntersuchungen bei Schwangeren in den Räumen Unter-, Mittel- und Oberfranken, Oberpfalz und Niederbayern durchführten. Dieser Statistik wurden die Blutgruppen- und Antikörperuntersuchungen bei 20 000 Frauen zugrunde gelegt. Einen positiven Antikörperbefund bei Patientinnen ohne Anamnese fanden wir in 0,71% der Fälle. Hiervon entfielen etwa 90% der irregulären Antikörper auf die Blutgruppenkonstellation: rh-negative Mutter und Rh-positiver Vater. Der gefundene Antikörper war in diesen Fällen ein Anti-D bzw. ein

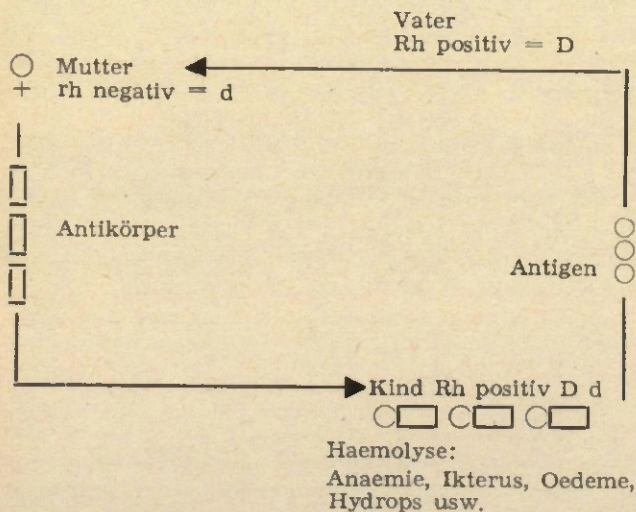
kombiniertes Anti-CD oder Anti-DE. Die übrigen 10% der irregulären Antikörper teilten sich in absteigender Häufigkeit auf in: Anti-c (meistens gefunden bei reinerbig Rh-positiven Müttern und rh-negativen Ehemännern), Anti-C, Anti-E, Anti Kell, (Anti-Le a und Anti-Le b).

In gleicher Häufigkeit wie die oben erwähnten Rhesus- und sonstigen MHN-Fälle, die bei den erkrankten Neugeborenen mit einem positiven direkten Coombstest einhergehen, fanden wir Inkompatibilitäten im ABO-System. Der Immun-Antikörper-Nachweis gestaltet sich hier sehr viel schwieriger als im Rh-System, ist jedoch mit den heute uns zur Verfügung stehenden Methoden sicher durchzuführen. Kinder von Müttern der Blutgruppe 0, deren Ehemänner der Blutgruppe A oder B bzw. AB angehören, sind weitaus am meisten im Sinne einer ABO-Erythroblastose gefährdet. ABO-Unverträglichkeiten werden bei B-Müttern seltener, bei Müttern der Blutgruppe A fast gar nicht gefunden.

Die Häufigkeit von MHN-Fällen im Rhesus-System (einschl. KELL u. a.) betrug 17,47% der Konstellation: Mutter rh-negativ, Vater Rh-positiv, die Häufigkeit von MHN-Fällen im ABO-System 17,24% der Konstellation: Mutter 0 bzw. B, Vater A oder B.

A) Die angewandten Untersuchungsmethoden waren folgende:

1. Bei Schwangeren Bestimmung der klassischen Blutgruppe und der Rh-Faktoren (CcDEe) sowie Ansetzen der Serumkontrolle mit aktivem mütterlichem Serum (30 Min. bei 20 Grad) gegen A₁ — A₂ — B — und papainisierten antigenreichen 0-Erythrozyten.
2. Indirekter Coombstest in den Verdünnungsstufen 1:1 und 1:8 des mütterlichen Serums gegen antigenreiche Testerythrozyten und, falls möglich, gegen väterliche Erythrozyten-Differenzierung evtl. gefundener Antikörper.
3. Bestimmung der Blutgruppe und Rh-Formel des Ehemannes.



○○○
Antigen
□□□
Antikörper
○□□ □□○
Vereinigung von Antigen und Antikörper im kindlichen Organismus, die zur Zerstörung der Erythrozyten führt.

Dem überweisenden Arzt werden evtl. nachgewiesene Immun-Antikörper und Haemolysine mitgeteilt. Bei positiven Befunden werden in vierwöchigem Abstand Titerkontrollen vorgenommen und die Einweisung der Mutter in eine entsprechende Frauenklinik mit angeschlossener Kinderklinik empfohlen.

Bei Kontrolluntersuchungen werden Titerbestimmungen im indirekten Coombstest und Enzymtest durchgeführt. Der alte Titer wird durch mitgeführte eingefrorene Serumproben wiederholt.

- B) Bei Verdacht auf ABO-Unverträglichkeit wurden der NaCl- und Albumin-Titer (sogen. Titer-Differenz) einschließlich Haemolysintiter bestimmt, außerdem der AB-Gammatest nach FISCHER, der 70-Grad-Titer (modif. nach KLUGE), eine Substanz-Absorption (modif. nach BÖTTGER) und als eigene Methode eine Komplementbindungsreaktion, modif. als Schnelltest. Diese vergleichenden Methoden werden seit über 3 Jahren im Rahmen einer Untersuchungsreihe durchgeführt.
- C) Beim Neugeborenen wurden der direkte und indirekte Coombstest im Nabelschnurblut sowie bei Verdacht auf ABO-Inkompatibilität Absprengungsversuche an den kindlichen Erythrozyten und evtl. der Munk-Anderson-Test durchgeführt.

Ein positiver direkter Coombstest wird als absolute Austauschindikation angesehen. Wir sind wieder zu dieser Einstellung zurückgekehrt, nachdem von sieben Kindern mit schwach positivem direktem Coombstest 3 Kinder am 3. und ein Kind am 5. Lebenstag wegen Erreichung eines Serum-Bilirubins von 16 bzw. 20 mg%^o

ausgetauscht werden mußten und auch die anderen drei Kinder am 5. Tag über 15 mg%^o angestiegen waren.

Bei Verdacht auf ABO-Erythroblastose machen wir die Austauschindikation vom klinischen Bild und vom Bilirubinwert, Reticulozytenzahl, Hb-Wert abhängig. Die serologischen Untersuchungsergebnisse der Mutter werden zur Bestimmung der Austausch-Blutgruppe herangezogen sowie zur Entscheidung, ob die Frau in einer speziellen Klinik entbinden soll.

Abschließend möchten wir noch einmal darauf hinweisen, daß 50% aller ABO-Unverträglichkeiten und 10% aller Rh-Unverträglichkeiten bei Erstgebärenden auftreten.

Der Schweregrad der Erkrankung nimmt im allgemeinen von Schwangerschaft zu Schwangerschaft zu. Ist einmal der höchste Grad der Schädigung, die hydropische Totgeburt, erreicht, ist nicht mehr mit natürlich ausgetragenen lebensfähigen Kindern bei dieser Frau zu rechnen (vorausgesetzt daß der Ehemann homozygot ist). In solchen Fällen sind nachfolgende Kinder nur noch durch eine vorzeitige Entbindung zu retten. Es ist daher unbedingt erforderlich, diese Frauen spätestens in der 32. Schwangerschaftswoche einer entsprechenden Frauenklinik mit angeschlossener Austauschzentrale zu überweisen.

(Literatur auf Anforderung beim Verfasser.)

Anschrift d. Verf.: O. A. Dr. Jutta-Theresia Böttger, Leiter der bakteriolog.-serologischen Abteilung des Blutspendedienstes des Bayerischen Roten Kreuzes, Würzburg, Maasweg 6.

Richtlinien zur Digitalistherapie*)

Von H. Kaiser

Was sind Herzglykoside?

Glykoside sind Verbindungen verschiedener Zucker mit einem anderen Rest (= Genin). Als Herzglykoside bezeichnet man herzwirksame Substanzen, deren Genine Steroide sind. Sie können aus verschiedenen Pflanzen gewonnen werden. Am bekanntesten sind Glykoside aus dem roten Fingerhut (*Digitalis purpurea*), dem wolgigen Fingerhut (*Digitalis lanata*), G- und K-Strophanthus, Meerzwiebel, Maiglöckchen, Oleander und Adonis.

Wie wirken Herzglykoside?

Sie führen zur Besserung der Kontraktionsleistung des Herzens, in dem sie die Systole verstärken und verkürzen, wodurch eine Verlängerung der Diastole und damit eine bessere Entleerung des venösen Systems und gleichzeitig eine Frequenzsenkung resultiert. Die Wirkung kommt über einen noch nicht näher bekannten Eingriff in die Biochemie der Herzkontraktion zustande. Sie ist in grundsätzlich gleicher Weise durch alle bekannten Herzglykoside zu erreichen.

Indikationen:

Herzglykoside sind Mittel zur Beseitigung des Funktionszustandes Herzinsuffizienz = Herzschwäche. Sie vermögen eine unökonomisch gewordene Herztätigkeit zu ökonomisieren. Daher wirken sie auch nur beim insuffizienten Herzen.

Kontraindikationen:

Nach Paul D. WHITE: Wenn sie nicht indiziert sind. Nicht indiziert sind Digitalisglykoside, wenn keine Herzschwäche vorliegt, sondern lediglich Herzbeschwerden, ein Herzgeräusch, ein pathologischer Röntgen- oder EKG-Befund festgestellt werden.

Voraussetzungen für wirksame Behandlung:

1. Verwendung sogenannter Reinpräparate, da nur sie eine exakte Dosierung und damit eine gleichmäßige Wirkung erlauben. Infuse, Gesamtextrakte und Glykosidmischungen sollten nicht mehr angewandt werden.
2. Richtige Anwendung und Dosierung. (In praxi wird häufiger unter- als überdosiert!)

Prinzipien der Digitalistherapie:

Bei Herzinsuffizienz beginnt man die Therapie mit relativ hohen Dosen, bis Sättigung erreicht ist (erkennbar an dem Eintritt der Wirkung). Sodann geht man auf Erhaltungsdosen über. Die jeweils notwendige Erhaltungsdosis kann berechnet werden. Sie muß den täglichen Wirkungsverlust an Glykosid (durch Abbau und Ausscheidung) ausgleichen. Der Wirkungsverlust

*) Zusammenfassung eines Fortbildungsvortrages auf Wunsch der Schriftleitung.

ist für die verschiedenen Glykoside unterschiedlich, für jedes Glykosid aber konstant. Er wird als Prozentsatz angegeben (= Abklingquote)**).

Unterschiede zwischen den Glykosiden:

Obwohl alle Herzglykoside grundsätzlich die gleiche Wirkung am insuffizienten Herzen entfalten, sind verschiedene Wirkungsbedingungen unterschiedlich: besonders Wirkungseintritt, Wirkungsdauer und Resorptionsquote.

Während die Resorption nur für die orale Therapie bedeutsam ist und die Geschwindigkeit des Wirkungseintritts lediglich bei Notfällen beachtet werden muß, ist die Wirkungsdauer von entscheidender praktischer Bedeutung. Von ihr hängt die „Kumulationsneigung“ eines Glykosides ab. Die Wirkungsdauer ist gegeben durch die jedem Glykosid eigene Abklingquote. Hohe Abklingquote = kurze Wirkung, niedrige Abklingquote = lange Wirkung.

Die Unterschiede der gebräuchlichsten Glykoside ergeben sich aus den beiden Abbildungen 1 und 2.

Wieviele Glykoside braucht man?

Auf dem Markt gibt es über 400 verschiedene Glykosidpräparate; ihre Vorzüge werden von den jeweiligen Herstellerfirmen gepriesen.

Infolge der unterschiedlichen Wirkungsbedingungen der einzelnen Glykoside wird man in der weit überwiegenden Mehrheit der Fälle mit 3 Präparaten auskommen:

einem schnell und kurz wirkenden, einem lang wirkenden und einem Glykosid, das eine Mittelstellung einnimmt.

Welches Glykosid man wählt und speziell welches Handelspräparat, das hängt von der Erfahrung des einzelnen Arztes ab. Im allgemeinen werden *Strophanthin*, *Digitoxin* und *Lanatosid C* (bzw. neuerdings auch vielfach (*Digitoxin*) verwendet. Nur in Einzelfällen wird man ein zusätzliches Mittel, etwa aus der *Scilla* oder *Convallaria*, verwenden müssen.

(siehe Tabelle Seite 651)

Strophanthin:

Strophanthin wirkt schnell und kurz; es ist daher gut steuerbar und wenig kumulierend. Daraus ergeben sich die Indikationen: Akute Zustände von Herzversagen sowie unübersichtliche Situationen (Herzschwäche nach Infarkt, Infekt oder bei Narkose) und Überempfindlichkeit gegenüber anderen Digitalispräparaten.

Dosierung: Da die orale Resorbierbarkeit ungenügend und gleichmäßig ist, muß *Strophanthin* i. v. gespritzt werden. Die kurze Wirkungsdauer (Abklingquote 40% täglich) erfordert tägliche Injektion von 1/4 mg. Die Dosis muß bei empfindlichen Herzen (z. B. nach Herzinfarkt) unter Umständen auf 2—3 Einzelinjektionen verteilt werden. 1/4 mg ist bei *Strophanthin*

** Die Erhaltungsdosis ist nach folgender Formel berechenbar:

$$\text{Wirkungsrest} + \text{neue Dosis} = \text{Wirkspiegel.}$$

$$\text{Wirkspiegel} - \text{Wirkungsverlust} = \text{Wirkungsrest.}$$

Die Erhaltungsdosis ergibt sich aus dem Wirkungsverlust desjenigen Tages, an welchem die Sättigung eingetreten ist. Die meisten Glykosidhersteller geben Tabellen zum schnellen Ablesen heraus, so daß sich eine Berechnung erübrigt.

sowohl Anfangs- wie Erhaltungsdosis. Bei Verabreichung von 1/8 mg täglich oder 1/4 mg jeden zweiten Tag wird niemals eine optimale Glykosidwirkung erreicht. Bei noch größeren Intervallen wird die Therapie noch unrationeller. (siehe Abbildung 3a — c, Seite 651)

Präparate*):**

Kombetin®, *Strophosid*®, *Purostrophan*®.

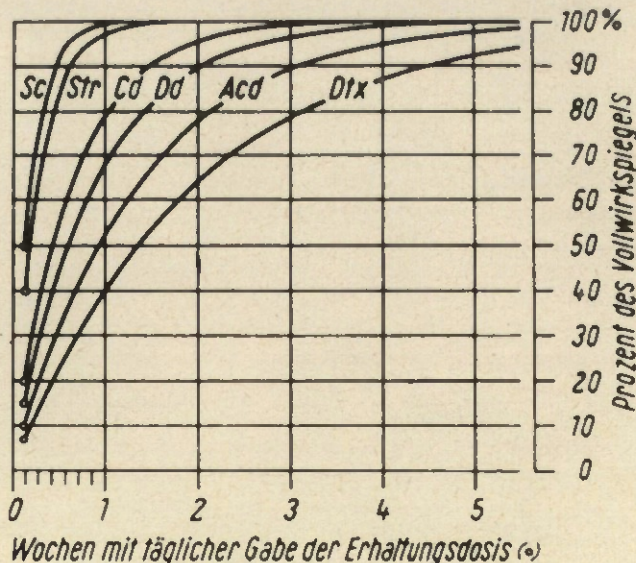


Abb. 1: „Kumulation“ der Herzglykoside bei täglicher Gabe der Erhaltungsdosis (nach AUGSBERGER).

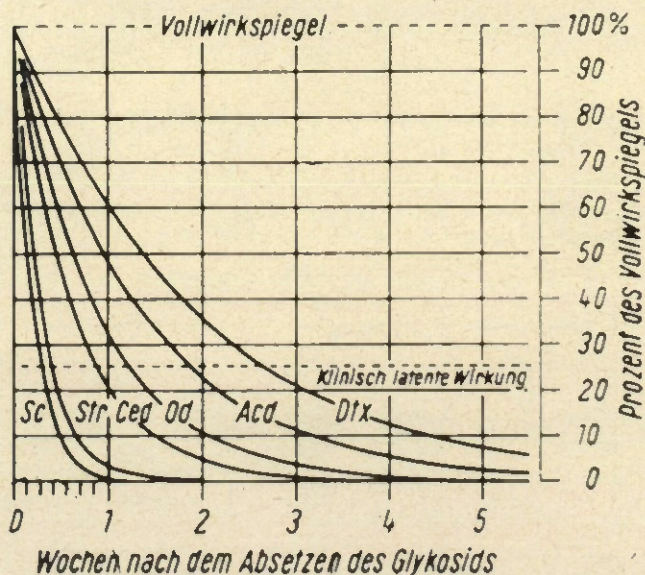


Abb. 2: Abklingen der Glykosidwirkung nach dem Absetzen (nach AUGSBERGER).

In Abbildung 1 und 2 bedeuten:

- Sc = Scillaglykosidkomplex
- Str = Strophanthin
- Ced bzw. Cd = Lanatosid C
- Dd = Mischung aus Lanatosid A + B + C
- Acd = Acetyl-digitoxin
- Dtx = Digitoxin

*** Als Präparate werden — auch im folgenden — nur Rein- und Einzelpräparate erwähnt, ohne Gewähr für Vollständigkeit.

Tab. 1: Übersicht über die gebräuchlichsten Herzglykoside

	Enterale Resorption	Abklingquote	Wirkungsdauer nach Sättigung	Durchschnittl. Anfangsdosierung			Mittlere Erhaltungsdosis
				i. v.	oral	Tage	
Strophanthin	0—5%	40%	1, 2, 3 Tage	0,25 mg	—	täglich	0,25 mg i. v.
Lanatosid C	40%	20%	5—7 Tage	0,6—0,8 mg	1,5—2,0 mg	3—5	0,75—1,0 mg oral
Digoxin	60%	18%	7—9 Tage	0,75 mg	1,25 mg	3—4	0,25—0,5 mg oral
Digitoxin	100%	7%	bis 21 Tage	1,0 mg	1,2 mg	1. Tag	0,1 —0,15 mg oral
				0,5 mg	0,6 mg	2. Tag	
				oder			
				0,5 mg	0,6 mg	1. Tag	
				0,5 mg	0,5 mg	2. Tag	
			0,25 mg	0,4 mg	3. Tag		
			0,25 mg	0,4 mg	4. Tag		

(Nach AUGSBERGER, ASCHENBRENNER, BLOCH, BLUMBERGER, CONRAD, GILLMANN und GROSSE-BROCKHOFF, GROSS, FRIEDBERG, KNIPPING, KRAUSE, MICHEL, NIEDNER, SCHMIDT-VOIGT, SCHWIEGK, SPANG, STORZ)

Orale Strophanthinpräparate:

Während die bisher verfügbaren oralen Strophanthinpräparate wegen der unzuverlässigen Wirkung von allen Fachleuten abgelehnt worden sind, scheint das neue Präparat *Talusin*® (ein Scillaglykosid) nach den Untersuchungen von REINDELL eine gleichmäßige (Re-

sorptionsquote 35%) strophanthinähnliche Wirkung aufzuweisen (Abklingquote 50%). Die Erfahrungen sind noch zu gering. Immerhin ist zu berücksichtigen, daß bei einem derartig kurz wirkenden Medikament der für die Behandlung des insuffizienten Herzens notwendige gleichmäßige Wirkspiegel nur aufrechterhalten werden kann, wenn der Patient das Mittel absolut regelmäßig einnimmt. Glykosidpausen (schon einmaliges Vergessen), die bei langwirkenden Mitteln möglich sind und von verschiedenen Autoren sogar empfohlen werden, führen bei kurzwirkenden Mitteln zum Abfall des Spiegels unter den wirksamen Bereich.

Digitoxin:

Digitoxin wirkt langsam und lang; außerdem hat es eine stark pulsverlangsamende Wirkung. Es wird aus

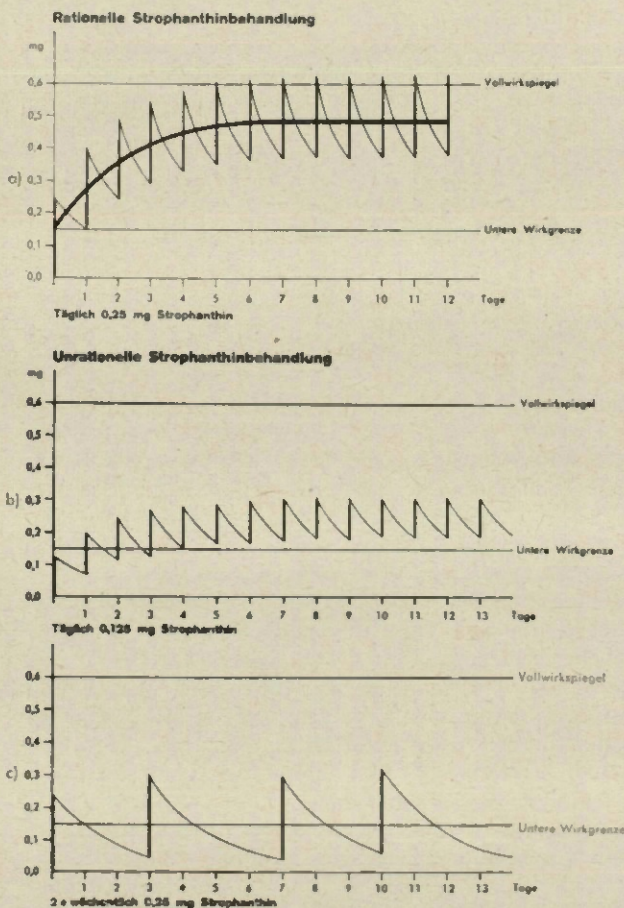


Abb. 3: Strophanthin-Wirkspiegel

- a) bei täglicher Injektion von 1/4 mg
- b) bei täglicher Injektion von 1/8 mg
- c) bei Injektionen von 2mal wöchentlich 1/4 mg (nach BLUMBERGER)

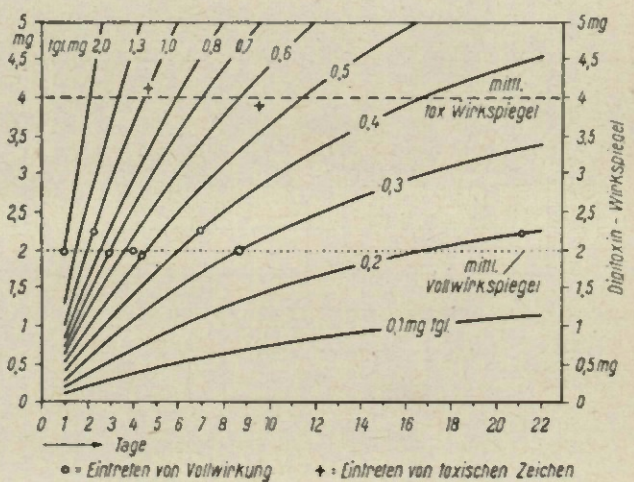


Abb. 4: Wirkspiegel von Digitoxin in Abhängigkeit von der Dosierung (nach AUGSBERGER).

Die Abbildung zeigt, daß bei einer Dosierung von 1 Tabl. tägl. der Vollwirkspiegel nie, bei einer Dosierung von 2 Tabl. tägl. erst nach 16 Tagen, bei „3x1“ nach 8 Tagen erreicht wird. Dagegen führt eine Dosierung von 3x2 Tabletten nach 4 Tagen zur Vollwirkung, aber schon nach 8 Tagen in den toxischen Bereich. Daraus ergibt sich, daß bis zur Sättigung hoch, dann aber niedrig dosiert werden muß.

diesen Gründen als Mittel der Wahl für die Dauerbehandlung angesehen und eignet sich speziell für die Therapie von Herzschwächen mit hochfrequenter absoluter Arrhythmie.

Da *Digitoxin* eine nahezu 100%ige enterale Resorption aufweist, kann es fast immer oral gegeben werden. Die langsame Anlaufzeit erfordert eine hohe Anfangsdosierung und die geringe Abklingquote macht eine nur kleine Erhaltungsdosis erforderlich (s. Abb. 4, S. 651).

Dosierung: Wenn Schnellsättigung erforderlich ist, z. B. bei hochfrequenter absoluter Arrhythmie, gibt man

1. Tag 1,2 mg = 12 Tabletten od. 1,0 mg = 4 Ampullen i. v.
2. Tag 0,6 mg = 6 Tabletten od. 0,5 mg = 2 Ampullen i. v. und geht dann auf die Erhaltungsdosis über.

Normalerweise wird man die Sättigung jedoch in ca. 4 Tagen zu erreichen versuchen und etwa folgendermaßen vorgehen:

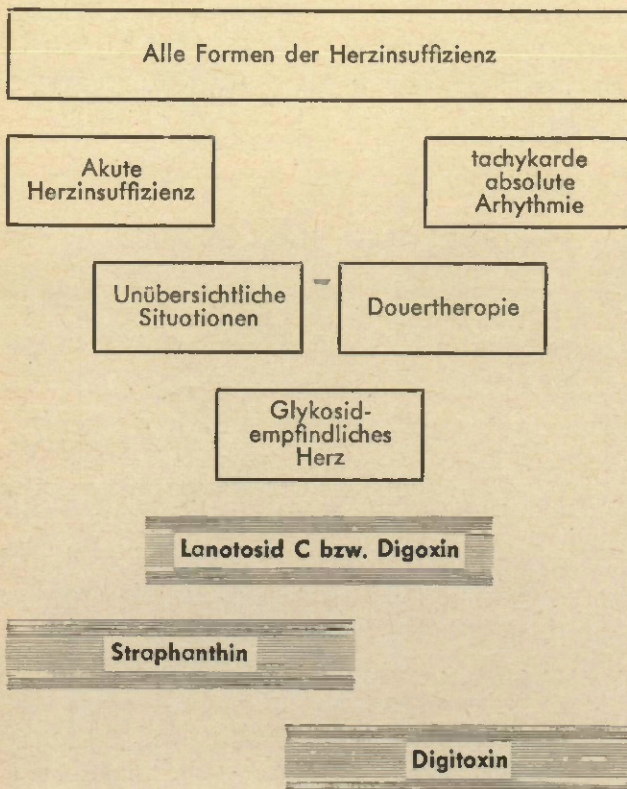
1. Tag 0,6 mg = 6 Tabletten od. 0,5 mg = 2 Ampullen i. v.
2. Tag 0,5 mg = 5 Tabletten od. 0,5 mg = 2 Ampullen i. v.
3. Tag 0,4 mg = 4 Tabletten od. 0,25 mg = 1 Ampullen i. v.
4. Tag 0,4 mg = 4 Tabletten od. 0,25 mg = 1 Ampullen i. v.

Die Erhaltungsdosis beträgt im allgemeinen 0,1 bis 0,15 mg = 1 bis 1½ Tabletten.

Präparate: *Digimerck*® *Digilong*® *Digitoxin Sandoz*, *Digitoxin Beiersdorf*.

Lanatosid C und *Digoxin*:

Beide Präparate stehen in ihren Wirkungsbedingungen zwischen *Strophanthin* und *Digitoxin*, wobei *Lanatosid C* dem *Strophanthin* und *Digoxin* dem *Digitoxin* etwas näher kommt. *Digoxin* weist außerdem mit etwa 60% eine günstigere enterale Resorption als *Lanatosid C* mit ca. 40% auf.



Tab. 2: Indikationsbereich der verschiedenen Glykoside

Infolge ihrer Elgenschaften können beide Glykoside für alle Formen der Herzinsuffizienz Verwendung finden; sie werden besonders für glykosidempfindliche Herzen, z. B. für das Cor pulmonale chronicum und für die bradykarden Insuffizienzformen bevorzugt.

Dosierung, *Lanatosid C*: Anfangsbehandlung 0,6 bis 0,8 mg i. v. = 1½–2 Ampullen oder 1,5–2,0 mg oral = 3–4mal 2 Dragées für jeweils 3–5 Tage. Dann Übergang auf Erhaltungsdosis: 0,75–1,0 mg = 3–4mal 1 Dragée.

***Digoxin*:** Anfangsbehandlung 0,75 mg i. v. = 3 Ampullen oder 1,25 mg oral = 5 Tabletten jeweils für ca. 3 Tage, dann Übergang auf Erhaltungsdosis: 0,25–0,5 mg = 1–2 Tabletten täglich.

Präparate: *Lanatosid C*: *Cedilanid*®, *Celadigal*®, *Lanimerck*®, *Digoxin*: *Lanicor*®, *Digacin*®.

(siehe Tabelle!)

Glykosidwechsel:

Strophanthin-Digitalis:

Grundsätzlich ist Übergang von jedem Glykosid auf jedes andere möglich. Nach *Strophanthin*therapie wird man immer auf ein orales *Digitalis*präparat zur Dauerbehandlung übergehen. Hierbei ist zu bedenken, daß der *Strophanthin*spiegel schnell absinkt (Abklingquote 40%) und daß *Digitalis*präparate bei Erhaltungsdosen nur sehr langsam „aufkumulieren“ (siehe Abb. 1). Würde man eine *Strophanthin*therapie mit mittleren *Digitalis*erhaltungsdosen fortsetzen, so entstünde ein „Loch“ in der Glykosidmedikation; eine erneute Dekompensation könnte die Folge sein. Zur Aufrechterhaltung einer vollen Sättigung muß daher etwa folgendermaßen vorgegangen werden:

Nach Vollsättigung durch *Strophanthin*:

	<i>Digitoxin</i>	<i>Lanatosid C</i>
1. Tag	0,8 mg = 8 Tabletten	2,0 mg = 4×2 Dragées
2. Tag	0,5 mg = 5 Tabletten	1,5 mg = 3×2 Dragées
3. Tag	0,4 mg = 4 Tabletten	1,5 mg = 3×2 Dragées
4. Tag	0,3 mg = 3 Tabletten	1,0 mg = 4×1 Dragées
5. Tag	0,15 mg = 1½ Tabletten	1,0 mg = 4×1 Dragées

Digitalis-Strophanthin:

Soll von *Digitalis* auf *Strophanthin* übergegangen werden, gelten die umgekehrten Gesichtspunkte. Es darf von *Strophanthin* nur so viel aufgefüllt werden, als täglich von der *Digitalis* zu Verlust geht. Bei *Lanatosid C*-Therapie kann bereits am 2. Tage, bei *Digitoxin*-Behandlung erst am 4. Tag nach Absetzen mit 1/8 mg *Strophanthin* begonnen werden, und es darf erst nach einigen weiteren Tagen die volle Dosis von 1/4 mg gegeben werden.

Freilich wird mancher Patient, wenn von *Digitalis* auf *Strophanthin* übergegangen werden soll, nicht mehr voll digitalisiert sein und häufig wird gerade ein gesteigerter Glykosidbedarf die Veranlassung zum Umsetzen abgeben. Deshalb kann praktisch fast immer am Tage nach dem Absetzen der *Digitalis* mit 1/8 mg *Strophanthin* begonnen werden.

Überdosierungserscheinungen:

Intoxikationserscheinungen können nicht nur bei tatsächlicher Überdosierung, sondern auch bei normalen Dosen auftreten, wenn eine besondere Empfindlichkeit des Herzens besteht. Das wird vor allem dann beobachtet, wenn ein Kaliummangel vorliegt. Und dieser ist

häufig die Folge einer kontinuierlichen Verabreichung von Saluretika, z. B. zur Hochdrucktherapie. Gleichzeitige Gabe von Digitalispräparaten und Dauertherapie mit Saluretika sollte daher unbedingt vermieden werden.

Die Überdosierung führt zu Erscheinungen von seiten des Magen-Darm-Kanals (Appetitlosigkeit, Erbrechen, Durchfall), zu Rhythmusstörungen (Bradykardie, Extrasystolie, Bigeminie, Herzblock, manchmal auch zu tachykarder Entgleisung) sowie selten zu Sehstörungen (Skotome, Gelbsehen).

Therapie: Absetzen der Glykosidbehandlung und orale Kaliumzufuhr (Kalinor®, Rekawan®). Bei starker Pulsverlangsamung und Herzblock gibt man zusätzlich Sympatikomimetika (am besten Alupent® alle 2 Stunden 1 Tablette) und bei Tachykardie Serpasil® oder Novocamid®.

Allgemeine Richtlinien:

1. Die Digitalistherapie ist eine exakte und jederzeit reproduzierbare Behandlungsmethode, die auf Gesetzmäßigkeiten der Glykosidwirkung aufgebaut ist. Sie ist daher keine Glaubenssache.
2. Die Dosierung hat in jedem Fall individuell zu geschehen; die angegebenen Dosen haben nur als Richtlinien Berechtigung. Jedes Herz hat seine individuelle Glykosiddosis: Je schwerer ein Herz geschädigt ist und je älter das Herz ist, um so vorsichtiger muß digitalisiert werden.
3. Grundsätzlich kann man mit allen Glykosiden die gleichen therapeutischen Wirkungen erzielen. Für eine optimale Therapie wird man aber die unterschiedlichen Wirkungsbedingungen ausnützen. Aus diesem Grunde soll man mit 3 verschiedenen Glykosiden arbeiten. Nur in Einzelfällen werden zusätzliche Mittel Berechtigung haben.
4. Die Voraussetzung für eine volle Wirkung ist die Anwendung von exakt dosierten Reinglykosiden. Glykosidmischungen machen die Verhältnisse unübersichtlich. Fixe Kombinationen von Herzglykosiden mit anderen Pharmaka bieten keinen Vorteil, verschlechtern aber häufig die Verträglichkeit.
5. Ein organisch geschädigtes Herz, das einmal dekompensiert war, bedarf einer ununterbrochenen Dauerdigitalisierung. Jeder Rückfall in die Dekompensation verschlechtert die Grundsituation des Herzens und damit die Lebensprognose des Kranken.

Ab 1. Oktober 1964 neue Honorarsätze bei Bundeswehr und Bundesgrenzschutz

Ab 1. Oktober 1964 werden die ärztlichen Leistungen im Rahmen der freien Heilfürsorge der Bundeswehr und des Bundesgrenzschutzes nach den Mindestsätzen der derzeit geltenden Gebührenordnung plus 33 1/3% vergütet.

Damit tritt die bis jetzt noch gültige Preisrechtsverordnung 7/56, die die ärztliche Honorierung auf der Grundlage der Gebührenordnung von 1952 regelte, außer Kraft.

Die neue Honorierung ist eine Übergangsregelung, die nur bis zum Erlaß einer neuen Amtlichen Gebührenordnung gilt.

Das ist das Ergebnis einer Sitzung, die am 4. September 1964 zwischen den Vertretern der Bundesärztekammer und den ärztlichen Verbänden (HB, MB, NAV) und den Vertretern der Bundesregierung (die Ministerien für Verteidigung, Finanzen, Inneres und Gesundheitswesen) stattgefunden hat.

Nach Verkürzung einer neuen Amtlichen Gebührenordnung werden unverzüglich neue Verhandlungen mit dem Ziel aufgenommen werden, für die Behandlung der Angehörigen der Bundeswehr und des Bundesgrenzschutzes einen Zuschlag zu den dann geltenden Mindestsätzen zu vereinbaren.

6. Die Glykosidtherapie muß Bestandteil eines Behandlungsplanes der Herzinsuffizienz sein, zu dem körperliche und psychische Ruhigstellung des Kranken, Einhaltung einer natriumbeschränkten Ernährung, gegebenenfalls intermittierende Anwendung von Diuretika sowie — je nach Lage — andere Maßnahmen (z. B. Aderlaß, Entleerung von Höhlenergüssen, O₂-Zufuhr, Verwendung von atmungs- und kreislaufstimulierenden Mitteln usw.) gehören.

Anschrift d. Verf.: Dr. H. Kaiser, Chefarzt der II. Medizinischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten, 89 Augsburg, Westkrankenhaus.

Eupaco®

10 Tabletten	DM 2.50
5 Zäpfchen	DM 1.90
5 Zäpfchen für Kinder	DM 1.75
10 Ampullen zu 1 ml	DM 5.30

Preise o. U. n. A. T.
 Cascan GmbH · Wiesbaden

**krampflösend + beruhigend bei allen spastisch
 schmerzhaften Zuständen der glatten Muskulatur**

Der 34. Augsburger Fortbildungskongreß

Vesals Vermächtnis

Gedächtnistagung aus Anlaß der 400. Wiederkehr seines Todestages

Von A. Schretzenmayr

Am 15. Oktober 1564 starb Andreas VESALIUS auf der Rückkehr von einer mysteriösen Pilgerreise nach Jerusalem den Verkehrstod der damaligen Zeit: Sein Pilgerschiff kenterte in der Jonischen See. VESAL erreichte zwar schwimmend die Insel Zakynthos, starb aber dort an Erschöpfung, 50 Jahre alt. Eine ungewöhnliche, meteorhafte Laufbahn fand ein plötzliches Ende. Geboren zu Brüssel als Sproß einer alten Ärzte- und Apothekerfamilie, um deren nationale Zugehörigkeit sich Belgien, Holland und Deutschland streiten, studierte er in Loewen und Paris Medizin, ging nach Padua, wurde an der dortigen weltberühmten medizinischen Fakultät schon mit 23 Jahren Ordinarius für Chirurgie und lehrte außer in Padua auch an den Universitäten Bologna und Pisa. Mit 28 Jahren veröffentlichte er in Basel sein berühmtes Werk „de humani corporis fabrica“, das mit Holzschnitten des Tizianschülers von CALCAR illustrierte Anatomiebuch, dessen Epitome gleichzeitig in lateinischer und deutscher Sprache abgefaßt waren.

Eine glänzende Universitätskarriere schien dem jungen Ordinarius gesichert, da kehrte er plötzlich der Universität den Rücken — offenbar ob der heftigen und unsachlichen Angriffe der „galenhörigen“ Universitätskamarilla auf seine „fabrica“ —, trat in die Dienste Kaiser KARLS V. und wurde so Leibarzt des mächtigsten Herrschers seiner Zeit. Und nun begann für den an sich schon ruhelosen Mann ein Leben voller Abenteuer. Kreuz und quer reiste er an der Seite seines Kaisers durch ganz Europa, von Feldzug zu Feldzug, von Reichstag zu Reichstag, von Krankenbett zu Krankenbett gekrönter Häupter und reicher Kaufherrn. Die Florentiner MEDICI wußten seine diagnostischen Fähigkeiten ebenso zu schätzen wie ihre „zehnmal reicheren“ Handelskonkurrenten, die FUGGER und WELSER in Augsburg; er stand am Totenbett HEIN-

RICHS II., Königs von Frankreich, betreute PHILIPP II. in seinen Depressionen, eilte an das Krankenlager von Don CARLOS nach Spanien und fand trotz all dieser ärztlich-praktischen, feldärztlichen und höfischen Tätigkeit immer wieder die Zeit, sich der Forschung und Lehre zu widmen. Das Werk seiner Jugendjahre, die „fabrica“, ist uns in allen Einzelheiten bis heute überliefert, sogar die 400 Druckstöcke seines Anatomiebuches hatten die Jahrhunderte überstanden, bis ein Bombentreffer des 2. Weltkrieges diesen Schatz im Keller der Münchner Universität vernichtete. Nicht auf uns gekommen ist das Werk seiner Mannesjahre, die Pathologie des Menschen; wir können lediglich aus erhaltenen Briefen und Anmerkungen die Großartigkeit seines zweiten Werkes erahnen.

400 Jahre sind seit dem plötzlichen Unfalltod VESAL'S vergangen. Die Nachwelt fragt nach seinem Vermächtnis. In anatomischen Handbüchern und Enzyklopädien lesen wir, VESAL habe das erste vollständige Anatomiebuch der Welt geschrieben. Wie armselig klingt doch eine solche Charakterisierung, wie erschreckend ähnlich den gelstlosen Ausleseprädikaten unseres Massenzeitalters: Erstbesteigung, Erstbeziehung, Ersttagsstempel!

Die Bedeutung von VESAL'S „fabrica“, so vollständig sie die Anatomie des Menschen beschreibt, so künstlerisch unerreicht sie die Befunde illustriert, liegt nicht so sehr in ihrem Perfektionismus als vielmehr darin, daß sie ein Vermächtnis und ein Bekenntnis für die nachfolgenden Ärztegenerationen darstellt. Kein Testament des so jäh Verstorbenen, kein persönliches Wort des Wortkargen über sich, über seine wissenschaftliche Überzeugung, seine Ideen, sein Wollen und Hoffen ist uns erhalten geblieben; und doch gibt es kaum einen großen Arzt der Medizingeschichte, dessen Vermächtnis so klar und beredt aus seinen Taten und Werken zu

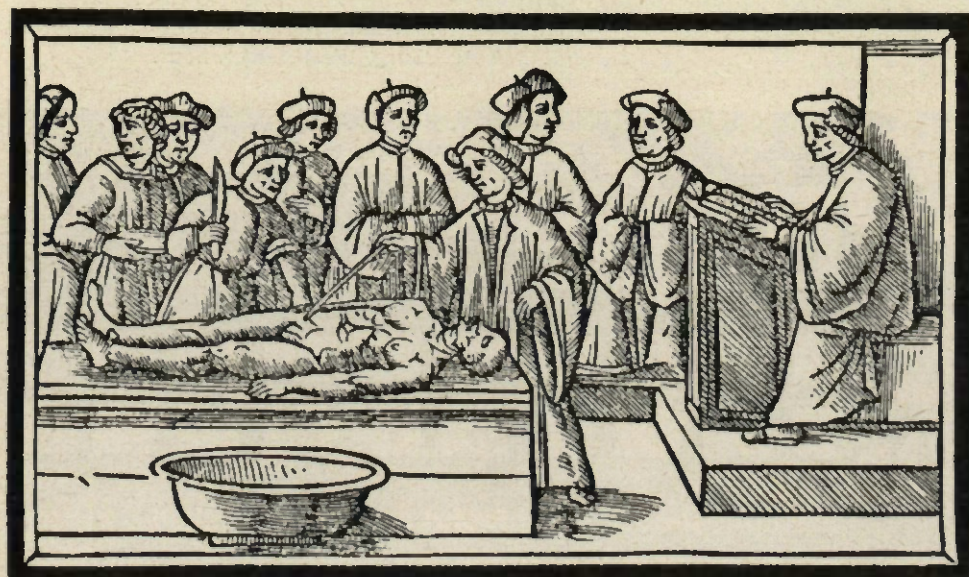


Abb. 1: Anatomieunterricht vor Vesals Zeit: Der Professor liest aus Galens Büchern vor, ein Diener sezirt, ein anderer demonstriert. Diskrepanzen zwischen Buchbeschreibung und Sektionsbefund wurden als Degenerationserscheinungen des Menschen gedeutet!

uns spricht wie dasjenige VESAL's. Lassen Sie uns hier drei Punkte herausheben:

1. VESAL hat GALEN überwunden, hat dessen mehr als 1000jähriges medizinisches Lehrgebäude zum Einsturz gebracht und damit der modernen Forschung, unserer heutigen Medizin, das Tor geöffnet. Der entscheidende Stoß war VESAL's Nachweis, daß GALEN und seine Adepten die Ergebnisse der Säugetieranatomie bedenkenlos auf die menschliche Anatomie übertragen hatten. VESAL's „fabrica“ bedeutet nicht nur den Triumph über GALEN's Irrtümer, sie wird zugleich zum Vermächtnis an die medizinische Wissenschaft, unter den veränderten modernen Bedingungen nicht wieder ähnlichen Irrtümern, z. B. der Überbewertung der Tierversuche, der Überspitzung der chemischen Forschung, zu verfallen.

2. VESAL war, obwohl hochspezialisierter Anatom, sein Leben lang als behandelnder Arzt tätig, der „Theoretiker“ VESAL war stets auch „Kliniker“ und verfügte, wie wir aus den Berichten über seine ärztliche Tätigkeit und seine Diagnosen wissen, über eine Gesamtschau der Heilkunde und der Naturwissenschaften. Der Arzt VESAL war seinen berühmten Zeitgenossen der Renaissance ebenbürtig. Sein Vermächtnis an uns ist die Mahnung, trotz notwendiger Spezialisierung nicht die Zusammenschau und Synthese, nicht die Verbindung zur praktischen Medizin zu verlieren.

3. VESAL, der nie aufhörte zu sezieren und zu forschen, hatte im Gegensatz zur mittelalterlichen Geheimnistuerei den Drang, seine neuen Erkenntnisse seinen Kollegen mitzuteilen. Da er mit der Universität gebrochen hatte, suchte und fand er dankbare Hörer bei den Ärzten der Praxis; er wurde zum Vater der ärztlichen Fortbildung, und hierin liegt einer der Schwerpunkte seines Vermächtnisses; denn er wendet sich damit an alle, an die Professoren, Dozenten und Studenten, an die Theoretiker und Kliniker, an die Spezialisten und Praktiker.

Der 400. Wiederkehr von VESAL's Todestag und seinem Vermächtnis ist der 34. Augsburger Fortbildungskongreß (25. bis 27. Sept. 1964) gewidmet. Das Kongreßthema mag ihm, dem Anatomen, Chirurgen und Feldarzt Kaiser KARLS V., besonders am Herzen gelegen haben: Die Unfallmedizin. Berühmt in der Medizingeschichte wurde VESAL's Diagnose bei einem Reitunfall des Augsburger Patriziers Leonhard WELSER. Wegen der heftigen, durch nichts zu stillenden Schmerzen war VESAL als Consiliarius von den behandelnden Ärzten Dr. GASSER und Dr. OCCO III. beigezogen worden. Bei der eingehenden Untersuchung entdeckte er am Rücken, neben der Wirbelsäule, eine pulsierende Geschwulst, die er als Aortenaneurysma mit Arrosion und Fraktur der Wirbelsäule im Sinne einer unfallunabhängigen, unheilbaren Krankheit deutete. Zwei Jahre später (1557) erfolgte der Tod an Haemoptoe aus dem Aneurysma. Die Sektion bestätigte in jeder Hinsicht die Diagnose und Prognose VESAL's. Es war die erste Diagnose eines Aneurysma der Aorta am Lebenden, eine Diagnose, die erst 100 Jahre später erneut gelingen sollte.

Die leidvolle Krankengeschichte des Leonhard WELSER aus der Glanzzeit der FUGGER und WELSER vor 400 Jahren zeigt, daß die Problemstellungen der Unfallmedizin heute wie damals die gleichen geblieben sind; selbst der Titel des Kongresses: „Unfallmedizin als gemeinsame Aufgabe der Allgemeinpraxis, Fachpraxis und Klinik“ ist Anachronismus und aktuellstes Anliegen zugleich! Und mit dieser ewig neuen Problemstellung beginnt der Kongreß, nämlich mit dem Referat des Nobelpreisträgers Professor W. FORSSMANN: „Die Stellung von Praxis und Klinik in der Frakturbehandlung“, ergänzt durch die Referate: „Unterarmfraktur“ (Primarius ENDER, Steyr/Oberösterreich), „Das verletzte Schultergelenk“ (Professor REIMERS, Wuppertal-Elberfeld), und „Die Knöchelfraktur“ (Chefarzt Dr. JAKOB, Davos). Zur Erinnerung an die oben beschriebene Diagnose VESAL's beim Reitunfall des



a) Kaiserlicher Leibarzt Occo I, † 1504: In der Rechten den Galen, in der Linken den Rosenkranz!



b) Kaiserlicher Leibarzt Vesal, geb. 1515: In der Rechten das Seziersmesser, mit der Linken eigenhändige Demonstration an der Leiche.

Leonhard WELSER wurde Professor JESSERER, Wien, um das Referat „Klinische Osteologie und Unfall“ gebeten, das zugleich eines der aktuellsten Themen der Unfall- und Gesamtmedizin umfaßt. „Die Diagnose und Therapie des Sudek“ (Priv.-Doz. Dr. SCHOBERTH) schließt sich eng an dieses Referat an. Auch der Pathologe hat heute — leider — vieles zum Unfallproblem beizusteuern: Professor UEHLINGER, Zürich, berichtet über „Unfall und Unfallfolgen aus anatomischer Sicht“ und auch für die Wahl dieses Vortrages könnte die historische Diagnose des Anatomen VESAL Pate gestanden haben. Die nun folgenden Referate sind aus der bitteren Erfahrung der Verkehrs- und Betriebsunfälle unserer Zeit ausgewählt worden: PD Dr. GRILL, München: „Tetanus, Therapie und Prophylaxe“, Professor HEGEMANN, Erlangen: „Wundbehandlung und Verbrennungen“, Professor JUST, Heidelberg: „Schockbekämpfung und Reanimation am Unfallort und in der Klinik“, Professor HEBERER, Köln: „Verletzungen der großen Körperhöhlen“, Professor Dr. BÖHLER, Linz: „Therapie der Schädelverletzungen“. Der Unfall des Kindes bedarf besonderer Beachtung sowohl in traumatischer wie in toxikologischer Sicht; es berichtet der Orthopäde Professor RETTIG, Gießen, über „Der Kinderunfall“ und der Toxikologe Dr. von CLARMANN, München, über „Soforttherapie akuter Vergiftungen beim Kind und Erwachsenen“. Nach diesem letzten Hauptreferat des Kongresses wird sich die Bühne in eine Hexenküche verwandeln, in der Dr. v. CLARMANN den Interessenten die Geräte, Antidote und Handgriffe demonstriert, die heute der Arzt zur Ersten Hilfe im Kampf gegen die modernen „Gift-

mischer“: Industrie und Leichtsinne, zum Einsatz bringen muß. Eine große Anzahl von praktischen Demonstrationen und klinischen Visiten in sämtlichen Augsburger Krankenanstalten umrahmen und ergänzen die genannten Hauptreferate. Dabei warten die einzelnen Kliniken in gegenseitigem Wettstreit mit Programmen auf, zu denen u. a. Spitzenreferenten wie der österreichische Altmeister der Traumatologie, Professor BÖHLER, Wien, und Frau Dr. F. KÖNIG, Leiterin der Schweizer Beratungsstelle für cerebral geschädigte Kinder, Bern, verpflichtet wurden. Die Thematik, die für den praktischen Arzt heute am wichtigsten bei der Unfallmedizin ist, soll Gegenstand eines großen Podiumsgesprächs unter der Leitung des deutschen Altmeisters der Unfallchirurgie, Professor K. H. BAUER, Heidelberg, werden: „Erste ärztliche Hilfe beim Unfall und der Unfallkoffer“. Professor KREIENBERG, Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz und Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer, wird bei dem Podiumsgespräch die Vorstellungen der Bundesärztekammer zum Problem „Unfallkoffer“ vertreten. Das Bayerische Rote Kreuz wird mit seinen Ärzten, Unfallgeräten und Unfallwagen zum Thema seinen Beitrag geben.

Das Podiumsgespräch über die Erste ärztliche Hilfe und den Unfallkoffer soll der Höhepunkt dieses Kongresses werden und am Vorabend der 400. Wiederkehr seines Todestages Andreas VESALIUS und sein Vermächtnis den Kollegen würdig in Erinnerung bringen.

Anschr. d. Verf.: Prof. Dr. A. Schretzenmayer, 89 Augsburg, Schaezlerstraße 19.

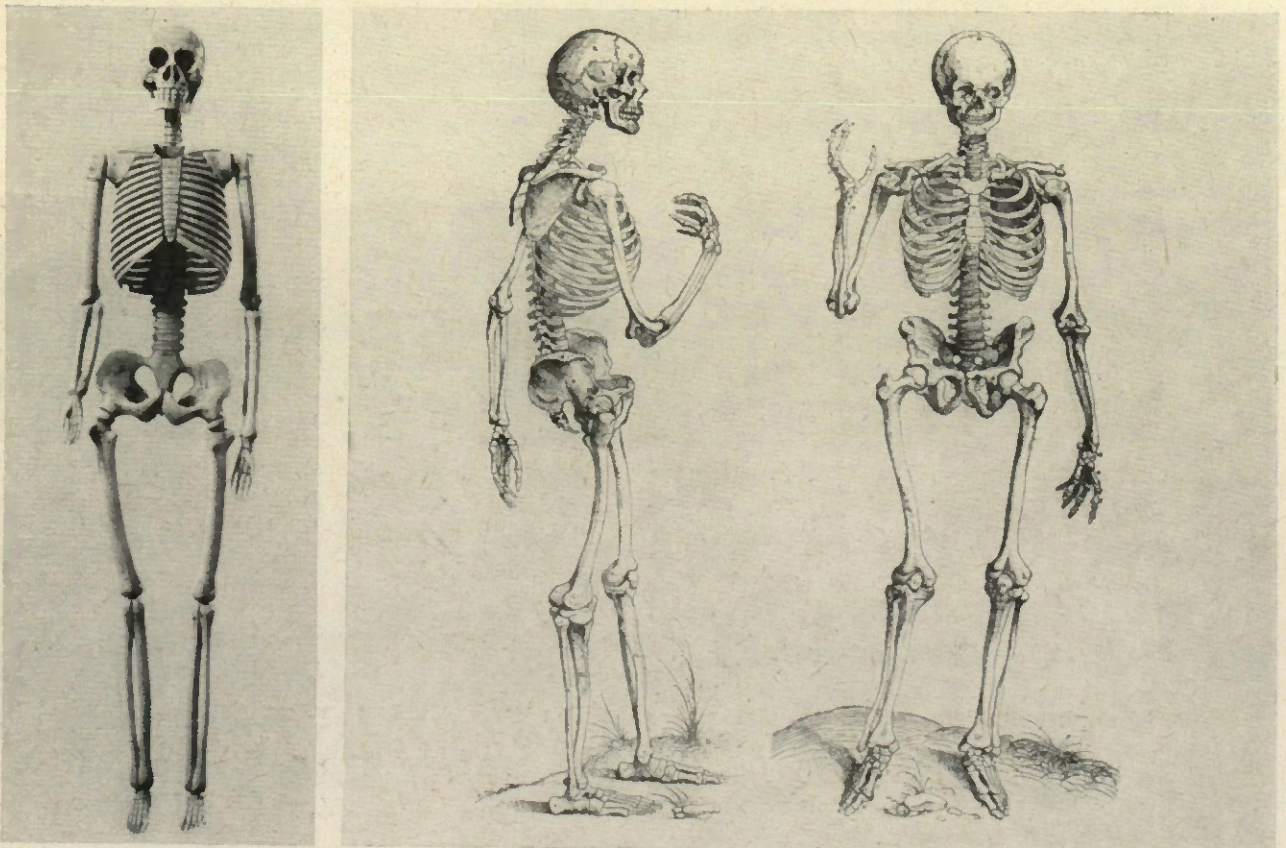


Abb. 3: Visuelle Hilfen im Unterricht

a) Skelett aus Elfenbein mit vielen Fehlern (15. Jahrh.); b) Meisterhafte Zeichnungen des Tizian-Schülers Stefan von Calcar in Vesals „fabrica“ zu Unterrichtszwecken

Ihre „Bunte“ treibt's zu bunt, Herr Senator!

Von Friedrich Deich

Aus „euromed“ Nr. 15/1964:

Seit einigen Wochen erleben wir in Deutschland einen Publizitäts-Rummel um ein angebliches Krebsheilmittel, einen Rummel, zu dem wir im Interesse unserer Kranken nicht länger schweigen dürfen. In der „Bunten Illustrierten“ (Nr. 25) schreibt der Verleger, Senator E. H. Dr. Franz Burda, höchstpersönlich:

„Die japanischen Forscher, die das Antikrebsmittel Bamfolin entdeckten, sind nach Deutschland gekommen. Die ‚Bunte‘ hat leidenschaftslos und sachlich darüber berichtet. Nun treffen täglich ungezählte Hilferufe von Kranken und Ärzten mit der Bitte um Bamfolin bei uns ein. Das ist verständlich. Die Kranken greifen nach Bamfolin als dem letzten Strahlhalm. Sie suchen Rettung vor der furchtbaren Geißel Krebs...“

Sie suchen vergeblich. Vergeblich bestürmen sie die Ärzte, die Ärztekammern und sogar die Polizei. Denn Bamfolin ist auf legale Weise nicht zu haben — auch nicht, wenn Verzweifelte nach Tokio fliegen und dort nachts an der deutschen Botschaft Sturm klingeln, wie es jüngst geschah. Die „Bunte“, die in Riesenlettern gauklerisch hinausschrie: „Neue Waffe gegen den Krebs“ und „Sieg über den Krebs?“ muß im Text klein (laut) bekennen: „Wir haben stets betont, daß die Versuche mit Bamfolin noch im Anfangsstadium stecken.“ Der Krebskranke also, der in verzweifelter Not seine Arme „nach Bamfolin als dem letzten Strahlhalm“ ausstreckt, wird auf billige Weise abgespeist: Was wollen Sie denn? Haben Sie denn die „Bunte“ nicht gelesen? Die Versuche mit Bamfolin stecken doch noch im Anfangsstadium!

Ich klage Sie an, Herr Senator E. H. Dr. Franz Burda: Sie haben in unverantwortlicher Weise in Tausenden und Abertausenden von Krebskranken trügerische Hoffnung auf Heilung geweckt. Sie spekulieren auf Mundreklame, darauf, daß die Menschen weitererzählen: Die „Bunte“ berichtet laufend über ein neues Krebsheilmittel. In der Tat geht dieses Gerücht bereits durch alle Lande. Die „Bunte“ tat ein übriges, den klaren Sachverhalt zu vernebeln. Sie berichtete von Wundern, verschwieg aber wahlweislich die kärglichen japanischen Ergebnisse. Denn nicht einmal im Lande des aufgehenden Bamfolins ist das Medikament bis jetzt zugelassen. Und es werden noch mindestens zwei Jahre vergehen, bis überhaupt ein Antrag gestellt werden kann. Aber die „Bunte“ ist in aller Munde, und Sie, Herr Senator Dr. Burda, rechnen sich das als „großen Erfolg“ an. Schließlich ist die Auflage Ihrer Illustrierten im zweiten Quartal 1964 um rund 40 000 gestiegen. Das ist wirklich ein schöner Erfolg.

Sie, Herr Senator, haben Ihre Leute zu prominenten deutschen Ärzten und Kliniken geschickt, um sie zusammen mit jenen japanischen Forschern aufs Bild zu bekommen. Das läßt Ihre Leser glauben, die Bamfolin-Story sei seriös. Wieder ein Grund mehr, daß Abertausende von Krebskranken „nach Bamfolin als dem letzten Strahlhalm“ greifen. Was sich bei diesen Versuchen, prominente Ärzte vor Ihrer Story zu spannen, ereignet hat, wird erst jetzt bekannt:

Die „Bunte“ hat in einer Bildrepartage (Nr. 23) von dem Besuch der japanischen Forscher bei dem Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, Dr. Josef Stockhausen, behauptet, dieser sei von der Wirksamkeit des Bamfalins überzeugt und empfehle es zur Medikation. Dr. Stockhausen hat inzwischen diesen Versuch, seinen Namen und seine Stellung in der ärztlichen Standesorganisation zur Propaganda für eine Fiktion zu mißbrauchen, nachdrücklich zurückgewiesen.

Bei Dr. Jungmann, dem 1. Varsitzenden des Hartmannbundes, haben sich groteske Szenen abgespielt, die alle nach dem gleichen Schema abrollten: Man meldet japanische Forscher an, die dem betreffenden prominenten Arzt oder Wissenschaftler ihre Reverenz erweisen möchten. Man läßt sie, ohne daß jemand ahnt, was der Besuch bezwecken soll, bona fide vor. In diesem Augenblick, Herr Senator, wird Ihr Photograph tätig, und zwar, wenn die japanischen Herren, die mangels Sprachkenntnissen das unguete Spiel unwissend mitspielen, ihr Bamfolin vorzeigen. In der „Bunten“ liest man's nachher so: „Prominente Ärzte und Forscher empfehlen Bamfalin.“

In der Krebsserie der „Bunten“ wurden alle kanzeragenen Naxen aufgezählt, auch solche, bei denen die Kanzeragenese nicht restlos geklärt ist. Nur das Rauchen wird ausgespart — dreimal darf man raten, warum! Wie seltsam, Herr Senator, nehmen sich auf diesem Hintergrund Ihre Beteuerungen aus: „Den Beitrag, den wir Journalisten zu leisten haben, werden wir leisten. Uneigennützig und verantwortungsbewußt.“ Weder nach — mehr habe ich dazu nicht zu sagen.

Ich klage Sie an, Herr Senator Dr. Burda, die Pressefreiheit für ein reines Publicity-Manöver in eigener Sache mißbraucht zu haben. Jene Professoren, die den Besuch Ihrer Reporter als einen Verstoß gegen Treu und Glauben bezeichnen, haben sich geschworen, nie wieder Journalisten zu empfangen.

Es wird nämlich, was Sie nicht zu wissen scheinen, in Deutschland intensiv an Mitteln gearbeitet, die im Kampf gegen den Krebs eingesetzt werden. Alle diese unzähligen Forscher reden nicht über Krebsheilmittel, bevor sie etwas in der Hand haben, über das sich zu reden lohnt. Sie lehne es ab, unerfüllbare Hoffnungen zu wecken. Hingegen Sie, Herr Senator, melden schon wieder einen „Erfolg“: Die Internationale Bamfolin-Forschungsgemeinschaft sei gegründet worden. Der wissenschaftliche Beirat bestehe aus sechs Professoren, die ihre Namen nicht bekanntgeben wollen. Diese Meldung nehme ich Ihnen nicht ab.

Ich meine, Herr Senator, Sie sollten damit aufhören, Ihre Verdienste für die Propagierung eines Produktes, dessen Wirkung auf die Krebskrankheiten nach gar nicht geprüft ist, in die Welt zu posaunen! Der Schaden, den Sie bereits angerichtet haben, ist fast nicht mehr gutzumachen.

(S. auch „Bayerisches Ärzteblatt“ Nr. 6/1964, Seite 484, „Bamfolin — Bamfolin...“)

Cefasabal®

TROPFEN · TABL · AMP.



CEFAK · KEMPTEN

Pyelitis Cystitis
Prostatitis
Prostatahypertrophie

AUS DEM STANDESLEBEN

Präsident Fromm bei Minister Blank

Über die Unterredung zwischen Bundesminister Theodor BLANK und Präsident Dr. FROMM, die am 4. September 1964 von 11 Uhr bis ca. 13 Uhr stattfand, wurde vom Bundesarbeitsministerium folgendes Kommuniqué an die Presse gegeben:

„Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Theodor BLANK, und der Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Dr. Ernst FROMM, trafen heute vereinbarungsgemäß zu einer eingehenden Aussprache im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung zusammen. Bundesminister BLANK erklärte Herrn Präsident Dr. FROMM, daß der umstrittene Aufsatz zweier Fachreferenten des Ministeriums in der Zeitschrift ‚Die Ortskrankenkasse‘ eine

private Meinungsäußerung der Autoren sei. Der Minister hat den Aufsatz weder veranlaßt noch vor der Veröffentlichung gekannt. Bundesminister BLANK versicherte Präsident Dr. FROMM, er stehe nach wie vor auf dem Boden der ärztlichen Vertragsfreiheit, wie er sie selber im § 392 des KVNG vorgeschlagen habe. Auch die neue Gebührenordnung sollte nach seiner Meinung subsidiär sein.

Zur Frage der Höchst- und Mindestsätze erklärte Bundesminister BLANK, der § 11 der Bundesärzteordnung lege zweifelsfrei Höchst- und Mindestsätze fest. Schließlich versicherte Bundesminister BLANK dem Repräsentanten der deutschen Ärzteschaft, daß er an einer zügigen Behandlung der neuen Gebührenordnung sehr interessiert sei, da eine rasche Verabschiedung seinen gesetzgeberischen Plänen zur Neuordnung der gesetzlichen Krankenversicherung nur dienlich sein könnte.

Beschlüsse der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns vom 11. Juli 1964

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns hat in ihrer Sitzung am 11. 7. 1964 folgende Beschlüsse gefaßt:

1. Honorarvereinbarungen mit den Krankenkassen

a) Die Vertreterversammlung billigt die mit den bayerischen Ortskrankenkassen getroffenen Honorar-Übergangsvereinbarungen für das zweite Halbjahr 1964. Sie bedauert jedoch, daß die Krankenkassen den von der Vertreterversammlung geforderten Zuschlag von 30% zu den Mindestsätzen der Amtlichen Gebührenordnung nicht erfüllt haben. Die Vertreterversammlung hält ihren Anspruch aufrecht, daß ab 1. Januar 1965 Verträge mit Einzelleistungsbezahlung mit einer Mindestforderung von 40% Zuschlag zur jetzigen Amtlichen Gebührenordnung verlangt werden.

b) Die Vertreterversammlung ist der Ansicht, daß in Zukunft mit den RVO-Kassen nur noch Verträge abgeschlossen werden sollten, die Versicherte und Rentner einheitlich und nach gleichen Gesichtspunkten behandeln.

Der Vorstand wird gebeten, bereits jetzt die Krankenkassen entsprechend zu informieren.

2. Haushaltsvoranschlag 1964

Der Haushaltsvoranschlag 1964 wurde endgültig genehmigt.

3. Öffentlichkeit der Vertreterversammlung

a) Die Vollsitzungen der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns sind öffentlich für ordentliche und außerordentliche Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

b) Der Sitzungsort wechselt im Turnus zwischen den einzelnen Bezirksstellen.

c) Die Sitzungsräume müssen so gewählt sein, daß zwischen den gewählten Vertretern und den Zuhörern eine klare räumliche Trennung möglich ist.

d) Es muß durch Kontrolle gewährleistet sein, daß nur Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Zutritt als Zuhörer finden.

e) Die Vertreterversammlung kann mit einfacher Mehrheit bei bestimmten Tagesordnungspunkten die Nichtöffentlichkeit herstellen.

f) Eine entsprechende Änderung der Geschäftsordnung unter Berücksichtigung der Beschlüsse a) bis e)

ist der Vertreterversammlung zur Beschlußfassung vom Vorsitzenden der Vertreterversammlung im Einvernehmen mit den Antragstellern vorzulegen.

4. Änderung der Wahlordnung

Die Vertreterversammlung ist grundsätzlich der Auffassung, daß die Wahl zur Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns als Briefwahl stattfinden kann und bittet den Vorstand, einen entsprechenden Entwurf einer neuen Wahlordnung vorzubereiten.

5. Vergütung stationärer Leistungen der Belegärzte

Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (für den geplanten Abschluß der Rahmenverträge) und die 8 Bezirksstellen (für den geplanten Abschluß der Einzelverträge) werden beauftragt, die bevorstehenden Verhandlungen mit den Kassen grundsätzlich mit dem gleichen Ziel zu führen, daß die Pauschalierung beim Abschluß von Einzelleistungsverträgen auch für die belegärztlichen Kassenleistungen beseitigt wird und die tägliche Visit-Gebühr in den Belegkrankenhäusern der Höhe einer ambulanten Konsultationsgebühr gleichgestellt wird.

6. Änderung des Honorarverteilungsmaßstabs

Es wurden verschiedene Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabs und der Grundsätze zur Anwendung der Preugo beraten und beschlossen, die nach rechtlicher Prüfung in der nächsten Vertreterversammlung endgültig zu verabschieden sind und erst dann im Wortlaut bekanntgegeben werden können.

7. Verminderung der in der Kassenpraxis nötigen Formulare

Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung wird gebeten, bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung dahingehend vorstellig zu werden, daß die chaotische Vielzahl der Formulare im kassenärztlichen Schriftverkehr auf ein erträgliches Maß beschränkt wird. Es gibt zur Zeit bei Rezepten, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Krankenhausaufnahme-Anträgen usw. ca. 12 verschiedene Formulare, die sich kaum unterscheiden, aber eine völlig untragbare Belastung der ärztlichen Tätigkeit darstellen.

gez. Dr. Meider
Vorsitzender der Vertreterversammlung

Bericht über die 32. Tagung des Regensburger Kollegiums für ärztliche Fortbildung

Atypische Pneumonien — Erkrankungen bei Neugeborenen und jungen Säuglingen — Encephalopathien

7.—10. Mai 1964 — Kursleitung: Professor Dr. D. Jahn

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. O. GSELL, Basel:

„Differentialdiagnose atypischer Pneumonien, ihre klinische und ätiologische Differenzierung“

Vor nunmehr 36 Jahren wurde die begriffliche Trennung in lobäre und sog. atypische Pneumonien vollzogen. In weiteren Versuchen einer besseren Definition der letzteren bezog man sich zunächst auf die Ätiologie und sprach von Virusneumonien, aber die Diskussion darüber ist sehr strittig geworden, da beispielsweise die Psittakosis und das Qu-Fieber nicht mehr exakt in die Virusgenese passen. Auch die Bezeichnung bakterielle oder sulfonamidresistente Pneumonien ist zu eng gefaßt, da Protozoen und Pilze ähnliche klinische Bilder verursachen mögen. Pathologisch-anatomisch ist allerdings eine gewisse Zusammenfassung möglich, da eine interstitiell entzündliche Reaktion das gemeinsame Substrat derjenigen Pneumonien darstellt, die wir heute in Abgrenzung zu den klassischen, pneumokokkenbedingten Lobärpneumonien, aber auch den anderen, durch Bakterien und größere Erreger bedingten Entzündungsvorgängen, auf eine Erregergruppe beziehen, welche größtmäßig unter einem Mikron liegen und atypisch verlaufen.

Klinisch hat die atypische Pneumonie doch recht charakteristische Kennzeichen. Es sind akute Erkrankungen mit Fieber ohne Schüttelfrost, mit trockenem Reizhusten, mit keinem oder nur diskretem Auswurf, evtl. haemorrhagischer Art, mit ausgesprochen geringem physikalischem Befund, mit begleitendem Kopfschmerz, mit einem manchmal überraschenden, röntgenologischen Lungeninfiltrat und mit einer Neutropenie, evtl. relativer Lymphocytose. Die Diagnose ist mit diesen Symptomen bereits berechtigt, es empfiehlt sich aber epidemiologisch, die Untersuchungen zu ergänzen. In einzelnen Fällen kann eine Labordifferenzierung mikrobiologischer Art und auf Grund von Serumtitern wichtig sein, wozu heute die von der Welt-Gesundheitsorganisation in jedem Land eingerichteten

Zentren bereitstehen. Anamnestisch sollte auch immer nach Kontakten mit Tieren gefragt werden, um nur das Beispiel einer Ornithose, Psittakose zu erwähnen. Freilich muß man auch daran denken, daß die Pneumonie ein parainfektöser Prozeß sein kann, wie er bei anderen üblichen Viruserkrankungen — Masern, Mumps usw. —, aber auch bei selteneren Bildern — wie Katzenkratzkrankheit, Pfeffer-Fieber — auftritt.

Ätiologisch-mikrobiologisch ist eine Differenzierung nach einem relativ großen Spektrum von Virusarten möglich, doch ist noch lange nicht jedes Virus, das eine respiratorische Infektion herbeiführt, geeignet, auch einen pulmonalen Prozeß auszulösen. Von den Grippeviren sind epidemisch schwere Verlaufsformen bekanntgeworden, insbesondere scheint eine Disposition zu Superinfekten bakterieller Art gegeben zu sein. Eine zweite Art ist die sog. infektiöse Viruspneumonie der Kinder, welche auf einem Adenovirus beruht; weitere Gruppen sind dann die Parainfluenzaviren, das sog. RS-Virus, die REO-Viren, insgesamt von mittelgroßer Ordnung, gegenübergestellt den sog. „großen Viren“, zu welchen die Erreger der Ornithose und des Qu-Fiebers gehören. Ein wichtiger Teil ist klinisch charakterisiert durch eine positive Kälteagglutination und wird der Mykoplasmapneumonie zugeschrieben. Die letztere Form findet sich sporadisch und epidemisch vor allem unter jungen Erwachsenen. Ihre klinische Gemeinsamkeit hat die Gruppe der „großen Viren“ in dem guten Ansprechen auf Tetracycline. Die Infiltrate sind oft sehr beständig, neigen sogar zu einer gewissen Chronizität und sind möglicherweise mehr als bisher in der Pathogenese von chronischen Pneumonien und Bronchiektasen in Betracht zu ziehen. Grundsätzlich kann man zu der Therapie der atypischen Pneumonien sagen, daß eine Stoßbehandlung von mehreren Tagen mit Breitbandantibiotica gerechtfertigt ist, da einerseits Superinfekte, andererseits, wie bei der zuletzt besprochenen Gruppe, die eigentlichen Krankheitserreger selbst häufig gut zu beeinflussen sind.

Erbrechen

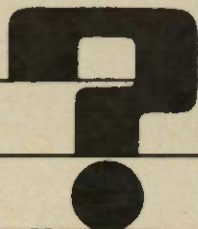
Nausea

Migräne

emesan

emesan Kinder-Zäpfchen

emesan FORTE



Linsen 6/12 St.
Zäpfchen 5/10 St.

Zäpfchen 5 St.

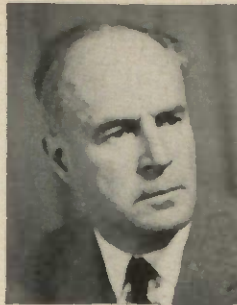
Kapseln 10 St.
Zäpfchen 5 St.

nil nocere

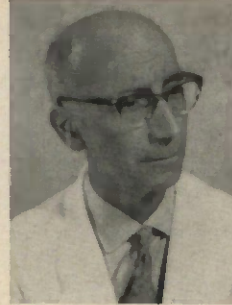
für Klinik und Praxis



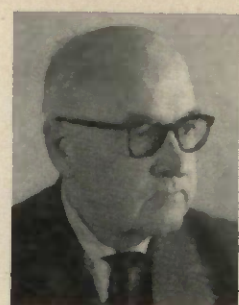
Prof. Dr. O. Geell,
Basel



Prof. Dr. R. Hegglin,
Zürich



Prof. Dr. E. Uehlinger,
Zürich



Prof. Dr. A. Heymer,
Bonn

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. R. HEGGLIN und Prof. Dr. E. WIESMANN, Zürich:

„Ornithosen und andere Formen atypischer Pneumonien in Beurteilung und Behandlung“

Die Ornithoseerkrankung war lange Zeit als schweres und von einer relativ großen Mortalität belastetes Leiden bekannt. Man unterscheidet klinisch drei Formen: 1. die grippale Form, welche keine pulmonalen Symptome in den Vordergrund rücken läßt; 2. die typhoide Form mit Milztumor, Abdominalbeschwerden, Bradycardie und Neigung zu Meningismus und Delirien, ja sogar mit roseolenartigen Exanthenen und einer Leukopenie, dagegen differentialdiagnostisch immer mit einer Lungeninfiltration; 3. die pneumonische Form, welche die häufigste ist. Das Infiltrat ist sehr dicht, ohne daß eine Praedilektionsstelle lokalisatorisch zu bestimmen ist, parainfektios sind meningiale und myocarditische Erscheinungen beobachtet worden, unbehandelbar zieht sich die Erkrankung über Wochen hin, das Infiltrat wird nur sehr zögernd resorbiert. Bei Stellung der Diagnose wird dieser Verlauf allerdings heute nicht mehr beobachtet, da die Therapie mit Tetracyclinen sehr gute Erfolge zeigt, wodurch auch die zu Beginn erwähnte Mortalität stark abgenommen hat.

Die klinische Sicherung der Diagnose gelingt durch die Komplementbindungsreaktion. Vor dem 14. Tag ist sie negativ, später ist der Anstieg abhängig von dem therapeutischen Vorgehen; d. h. nach Tetracyclinbehandlung sind weniger hohe Titerwerte zu verzeichnen. Die Inkubationszeit scheint zwischen 10 und 17 Tagen zu liegen.

Interessant ist, daß die Hauptinfektionsquelle offenbar nicht nur Papageien und Wellensittiche darstellen, sondern die meisten Vogelarten Träger dieses Virus sind. Daraus ergibt sich die Frage, warum bei einem ubiquitär vorkommenden Erreger explosionsartige Krankheitsausbrüche von immer mit Papageien oder Wellensittichen in Zusammenhang stehenden Endemien beobachtet wurden. Die Erklärung scheint dadurch möglich, daß ein zweites Krankheitsbild in die Reihe der Ornithosen einzureihen ist, nämlich die sog. „Wassermann-positiven Lungeninfiltrate“. Dies ist eine protrahiert verlaufende, gutartige Erkrankung, welche vor allem in größeren Gemeinschaften endemieartig auftritt und einen ausgesprochen gleichförmigen Charakter zeigt. In genaueren Untersuchungsreihen konnte schließlich bewiesen werden, daß die Ornithose mit wenigen Ausnahmen mit einem positiven WaR einhergeht und andererseits bei anderen atypischen Pneumonieformen der positive Ausfall des WaR ausgesprochen selten ist.

Bei diesen Feststellungen bleibt aber der deutliche klinische Unterschied im Verlauf zwischen dem sog. gutartigen WaR-positiven Lungeninfiltrat und der doch recht schwerwiegenden Erkrankung einer echten Psittakosis. Diese Diskrepanz scheint ein virologisches Problem zu sein, indem die Psittakose durch Papageien, Wellensittiche und Sturmvogel übertragen wird, die Wassermann-positiven Lungeninfiltrate dagegen wahrscheinlich durch Tauben und möglicherweise noch andere Vogelarten. Der unterschiedliche Überträgermodus bestimmt offenbar die Virulenz.

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. E. UEHLINGER, Zürich:

„Grundlagen und Probleme der chronischen Pneumonien“

Der Kliniker spricht von einer chronischen Pneumonie, wenn der pulmonale Befund nach sechs Wochen weder klinisch noch röntgenologisch zur Resorption gelangt ist. Ätiologisch kann es sich um den Übergang einer zunächst akuten Pneumonie ins chronische Verlaufsstadium handeln. Ebenso beobachtet man primär chronische Formen und außerdem ist eine seltenere Gruppe zu erwähnen, in welche die Strahlenpneumonie und die sog. Cholesterinpneumonie gehören. Differentialdiagnostisch wichtig ist die chronisch-pneumonische Ausprägung anderer Grundkrankheiten, wie des Karzinoms, der Tuberkulose und des Lungeninfarktes.

Im Zentrum des Geschehens jeder chronischen Pneumonie steht der Bronchus. Die chronische Bronchitis der kleinsten Bronchien führt bekanntermaßen zum obstruktiven Emphysem, derselbe Prozeß, ablaufend an den etwas größeren Bronchien, bewirkt eine Minderbelüftung mit allen Konsequenzen für die chronische Pneumonie. Die poststenotischen Bronchialabschnitte sind die Schlupfwinkel bakterieller Ausbreitung, schwer oder unzugänglich für Antibiotica und Herd für rezidivierende Infektionsschübe in die Umgebung. Zur normalen Lösung einer Pneumonie gehören offene Bronchien, also eine zunehmend bessere Belüftung. Der dystelektatische Bezirk geht aufgrund der chronischen Entzündung in eine interstitielle Fibrose über. Dies bedeutet eine Erstarrung des Gewebes und einen Funktionsausfall.

Die klinische Symptomatik ist der eines Malignoms sehr ähnlich, es besteht Husten, blutiger Auswurf und meist eine drastische Gewichtsabnahme, die Laborbefunde zeigen entzündliche Konstellation und im Röntgenbild ist die segmentale oder lobäre Verschattung zu finden. Die Schwierigkeit einer differentialdiagnostischen Abgrenzung führt meist zum chirurg-



Prof. Dr. F. Mlczoch,
Wien



Prof. Dr. H. Wissler,
Zürich



Prof. Dr. C. Mater,
Zürich



Priv.-Doz. Dr. F. Heine,
Münster

gischen Eingreifen mit Resektion des betroffenen Bezirkes. Unbehandelt ist die chronische Pneumonie eine klassische Rezidivkrankheit. Leider führt die für den Patienten recht belastende spezielle Diagnostik, wie Bronchoskopie, Bronchographie, nicht zur erwünschten Sicherheit, d. h. zum Ausschluß eines Malignoms.

Pathogenetisch läßt sich verfolgen, daß „sog. Fehlkonstruktionen“ im Bronchialbaum Praedilektionsstellen für die chronische Pneumonie darstellen. Vor allem der rechte Mittellappenbronchus ist gefährdet; denn er geht rechtwinklig ab vom Hauptbronchus, er ist verhältnismäßig eng, und er hat auf einer Strecke von ca. 6 cm keine Verzweigungsäste. Die ihn einschließenden Lymphknoten haben ein breites Einzugsgebiet, was zusätzlich belastet. Eigenartigerweise ist diese Konstellation beim weiblichen Geschlecht noch häufiger, was die Diagnose der chronischen Bronchopneumonie hier auch wahrscheinlicher macht. Die sog. Cholesterinpneumonie ist beinahe keine klinische Diagnose, sondern eine pathologisch-anatomische anhand des Lungenresektionspräparates; da alle Fälle unter dem berechtigten Verdacht eines Bronchialkarzinoms zur chirurgischen Therapie gelangen. Der Krankheitsprozeß hat nichts zu tun mit einer Cholesterinstoffwechselstörung, vielmehr ist im poststenotischen Lungenbezirk eine chronische Entzündung abgelaufen, welche eine Balgung von cholesterinhaltigen Makrophagen nach sich zog. Bevorzugt ist auch hier das Mittellappensyndrom rechts. Ebenso pathologisch-histologisch fällt die Diagnose bei seltenen Erkrankungen einer Lungenadenomatose, welche ebenfalls das Bild einer chronischen Pneumonie imitiert und bei der die Bronchographie und Bronchoskopie keinerlei Bronchusveränderungen darzustellen brauchen. Es ist an sich ein malignes Leiden und deshalb klinisch keiner differentialdiagnostischen Erwägung gegenüber dem Karzinom wert. In diesem Zusammenhang muß auch nochmals betont werden, daß die Erfahrung des Pathologen die Resektion jedes Rundherdes der Lunge befürwortet. Antibiotika und Chemotherapie sind nur Zeitverlust. Findet der Pathologe ein gutartiges Gewebe, wie beispielsweise bei der chronisch-lymphatischen Pneumonie, so ist dies nur erfreulich hinsichtlich der Prognose. Wer trotzdem den Mut hat, zu beobachten, wird feststellen müssen, der Rundherd bleibt rund, es gibt keine Alternative.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß die Diagnose einer chronischen Pneumonie prognostisch gewisse Hoffnungen gegenüber dem Karzinom offenläßt, therapeutisch aber kein Zuwarten erlaubt, weil mit dem Fortbestehen nur Komplikationen erwartet werden dürfen.

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. A. HEYMER, Bonn:

„Atypische Bronchopneumonien durch Grippe, Influenza, Streptokokken, Staphylokokken, Enterokokken und Friedländer-Bakterien und ihre Behandlung“

Nach den heutigen Gesichtspunkten sollte es auch in der Praxis möglich sein, eine Abgrenzung entsprechend den klinischen Symptomen zwischen den üblichen und den sog. atypischen, meist virusbedingten Pneumonien zu führen. Erschwert wird dieser Versuch vor allem durch die mögliche Superinfektion und die dann hervortretenden Symptome eines bakteriellen Infektes. In vielen Fällen begünstigt geradezu die Viruserkrankung die bakterielle Infektion, indem eine entzündliche Alteration der Schleimhäute die normalen Abwehrkräfte vermindert und ähnlich wie bei den sog. chemischen Pneumonien eine *locus minoris resistentiae* für bakterielle Infekte schafft. Besonders häufig sind in dieser Beziehung Staphylokokken anzuschuldigen. Nachuntersuchungen zeigen eine auffallende Häufigkeit von EKG-Veränderungen gerade in diesen superinfizierten Fällen, so daß eine begleitende Myocarditis durchgemacht wurde. Wenn durch Schüttelfrost, Tachycardie, Dyspnoe und akuter Verschlechterung des Allgemeinzustandes eine bakterielle Komplikation angezeigt wird, besteht durch eine antibiotische Therapie zwar eine gute Behandlungschance, doch müssen wir vermehrt mit resistenten Keimen, insbesondere bei Staphylokokken rechnen. Wenn das röntgenologische Infiltrat den Rückgang der klinischen Symptomatik wesentlich überdauert, so ist ex juvantibus noch die Diagnose einer atypischen, virusbedingten Pneumonie zu stellen und der serologische bzw. mikrobiologische Nachweis anzustreben.

Die spezielle Streptokokkenpneumonie, für die die verschiedensten Untergruppen in Frage kommen, zeigt insofern eine Besonderheit gegenüber der Pneumokokkeninfektion, als es zu einem descendierenden, bronchogenen Fortschreiten der Entzündungserscheinungen kommt. Röntgen- und Auskultationsbefund sind weniger charakteristisch, dagegen findet sich häufig eine Tendenz zu Empyembildung, Ergüssen, auch Pericard- und Myocardschädigungen. Die Diagnose ist gesichert bei massenhaftem Nachweis im Sputum bzw. bei einer Reinkultur.

Die Staphylokokkenpneumonie findet sich — wie bereits erwähnt — in einer besonderen Häufigkeit bei vorgeschädigtem Organismus, insbesondere bei respiratorischen Virusaffektionen, nicht zu vergessen aber auch Allgemeinstörungen, wie z. B. Diabetes mellitus. Röntgenologisch finden sich multiple, unscharf begrenzte Herde, welche unbehandelt eine Neigung zu Abszedie-

rung besitzen. Besondere Achtsamkeit ist auch dem Patienten zu schenken, der aus irgendwelchen Gründen eine Cortison-Langzeit-Therapie durchmachen mußte. Hinzu kommt die auch auf diesem Gebiet immer deutlicher werdende Gefahr des Hospitalismus mit Entwicklung resistenter Stämme, gerade bei Staphylokokken.

Die Enterokokken haben eine gewisse Gemeinsamkeit mit den Streptokokken, auch in der folgenden klinischen Symptomatik. Der Verlauf ist aber protrahierter, mitunter sogar schleichend und damit der Chronizität Vorschub leistend. Der Sputumbefund ist allerdings relativ häufig, ohne daß damit jeweils die Diagnose einer typischen Enterokokkenpneumonie verbunden wäre.

Bei Nachweis eines Klebsiellaerregers ist der Pneumonie besondere Beachtung zu schenken, da die Tendenz zu Abszedierungen bekannt ist und die Therapie insofern Schwierigkeiten bereiten kann, als auf Penicilline mitunter eine Verschlechterung eintritt, worauf rechtzeitig reagiert werden muß. Bei ausgesprochen schwerem klinischem Bild ist es ratsam, auch einmal an die Möglichkeit einer Typhuspneumonie zu denken, insbesondere auch wenn epidemiologische Hinweise vorhanden sind.

Zur Therapie ist grundsätzlich zu sagen, daß die Pneumonie nach wie vor in den Behandlungsbereich des Hausarztes gehören kann. Voraussetzung sind natürlich entsprechende hygienische und soziale Grundforderungen. Vom ersten Tag an Breitbandantibiotica zu geben, ist nicht angezeigt, besser wäre es, mit Sulfonamiden zu beginnen, eine bakterielle Sputumdiagnostik anzustreben, dann Penicillin zu geben oder spätestens nach vier Tagen ein Breitspektrumantibiotikum.

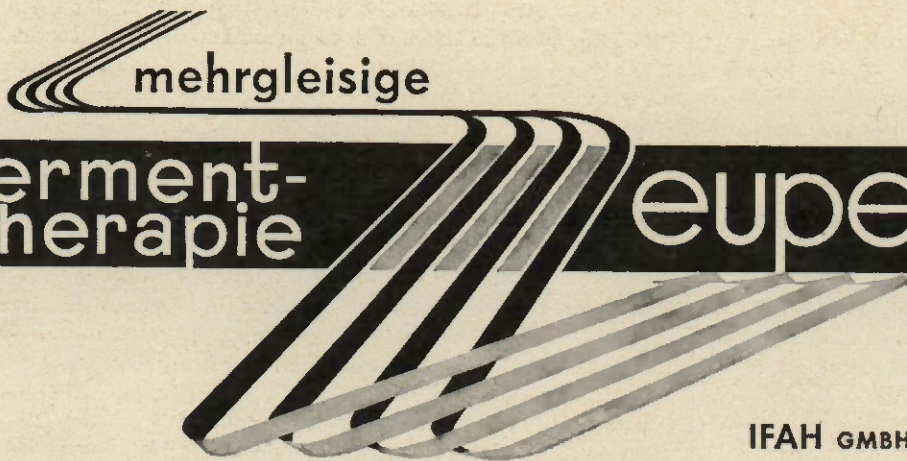
Aus dem Vortrag von Prof. Dr. F. MLCZOCH, Wien:

„Klinik und Therapie der Lungenmykosen“

Die Mykosen der Lunge sind, wie die Pilzkrankungen schlechthin, in den differentialdiagnostischen Überlegungen von praktizierenden Ärzten — auch Lungenfachärzten — sicher noch zu wenig beachtet. Der Grund liegt wohl darin, daß für die Mykosen kein Schema, keine gewohnte Ordnung in der klinischen Einteilung zu geben ist. Schon der kulturelle Nachweis macht erhebliche Schwierigkeiten. Ebensowenig gibt es sichere Laboratoriumsproben oder Immunitätsreaktionen. Selbst wenn der Pilznachweis geführt wurde, so ist immer

noch unsicher, ob es sich um einen Saprophyten, einen Parasiten oder einen pathogenen Pilz handelt. Die vermehrte Anwendung der Antibiotika hat eine echte Zunahme der Pilzinfektionen und -erkrankungen mit sich gebracht. Durch die Vernichtung von Bakterien kommt es zu einer gewissen Störung der Antibiose, so daß das Pilzwachstum besonders aufzuschießen vermag. Andererseits ist für die Pathogenität eines Pilzes immer mitentscheidend der Allgemeinzustand des Organismus oder des betreffenden Organs.

An eine Mykose sollte man denken, wenn rezidivierende Infiltrationen mit Fieberschüben trotz Antibiotica- und Sulfonamidbehandlung auftreten oder gerade unter Antibiotika ein erneuter Temperaturanstieg zu verzeichnen ist. Im Sputum finden sich nur selten Reinkulturen der vermuteten Pilze, man muß dann weiter-suchen; Harnkultur, Sternalmarksuntersuchung, Blutkultur und vor allem wiederholte Kontrollen derselben können die Diagnose sichern. Insbesondere bei chronischen Infekten, z. B. Bronchiektasen, chronische Bronchitiden, kann es durch die rezidivierend notwendige Therapie zu einer Sekundärinfektion mit Pilzen, meist Candida, kommen, und dann u. U. ein verselbständigtes Krankheitsbild mit eigenen Gesetzen ablaufen. Typische röntgenologische Befunde können nicht demonstriert werden, wengleich häufig auf eine Schmetterlingsform in den Mittelfeldern hingewiesen wurde. Interessant ist, daß bei Tuberkulösen unter der Therapie der Eindruck einer frischen Streuung bestehen kann und letztlich eine Pilzinfektion vorliegt, die dann gerade anders behandelt werden muß, nämlich durch Weglassen der Antibiotika und antimykotische Maßnahmen. Es muß wiederholt werden, daß die schlechte Ansprechbarkeit von hoch fieberhaften Infiltrationen, die recht diskreter Natur sein können, den Verdacht einer Mykose wecken sollten. Suspekt müssen auch Cavernenbildung ohne echten reaktiven Saum, also mit ganz zarter Begrenzung, sein. Finden sich begleitende, generalisierte Lymphdrüenschwellungen, so wird die Abgrenzung gegenüber dem Morbus Hodgkin problematisch, insbesondere wenn ein Keimnachweis gelingt, da es schwierig ist, zu sagen, ob diesem die pathogenetisch primäre Bedeutung zukommt. Pathologisch-anatomisch ist das Drüsenbild sehr ähnlich und ohne Kenntnis der Klinik kaum zu differenzieren, weshalb der Verlauf und die Reaktion auf das therapeutische Vorgehen kritisch in die diagnostischen Überlegungen mit einbezogen werden muß.




mehrgleisige

ferment-
therapie

eupeptum

Oberbouchstörungen
Meteorismus
Dyskinesien

O. P. 24 Dragées DM 1,35 o. U.
O. P. 100 Dragées DM 4,40 o. U.
außerdem Anstaltspackungen

IFAH GMBH HAMBURG 22 

Bei begründetem Verdacht ist das Grundprinzip der Behandlung das Weglassen jeglicher Antibiotica, Besserung des Allgemeinzustandes mit robrierenden Maßnahmen und schließlich der Versuch einer spezifisch antimykotischen Therapie, welche insbesondere bezüglich der Jodpräparate mit Vorsicht gehandhabt werden sollte, da Zwischenfälle beschrieben wurden.

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. H. WISSLER, Zürich:

„Klassifizierung und Behandlung der kindlichen Pneumonien“

Da die Kinder, insbesondere die jungen Säuglinge, weit weniger Atemreserven besitzen als Erwachsene, so stehen klinisch meist Tachypnoe und Dyspnoe bis zu Erstickungsanfällen im Vordergrund. Rasselgeräusche und Bronchialatmung kommen erst später oder überhaupt nicht. Insbesondere bei kleinherdigen, disseminierten Pneumonien und bei der Bronchiolitis findet sich das Bild des rasch und angestrengt atmenden, cyanotischen Säuglings, wogegen röntgenologisch lediglich eine starke Lungenblähung gefunden wird, ganz im Gegensatz zu den massiven klinischen Erscheinungen. Verschiedene Ausprägungsformen führen vorwiegend zu kardiovaskulären Gefahren mit Kollaps, intestinalen Störungen mit Durchfall und Wasserverlust oder meningealen Reizerscheinungen mit Krämpfen und encephalitischen Symptomen. Dies alles kann Anlaß zu Fehldiagnosen sein und therapeutisch unnötige Schritte einleiten. Ätiologisch können wir erst bei einzelnen Formen aus dem klinischen Bild Rückschlüsse ziehen, manchmal helfen serologische Untersuchungen weiter, meist ist man jedoch auf Vermutungen angewiesen, wobei ein guter Teil der Pneumonien bei älteren Kindern durch Pneumokokken verursacht sein dürfte. Möglicherweise wird in letzter Zeit ein gewisser Wandel in Richtung der Staphylokokkeninfekte beobachtet. Die Staphylokokkenpneumonie ist schlechthin eine Erkrankung des Säuglings- und Kleinkindalters. Sie ist charakterisiert durch die Neigung zu Abszeßbildung. Durch die Abszesse kommt es zu Fistelungen des Bronchialbaumes in das Interstitium hinein und damit zu peribronchialen Aufblähungen, die wiederum abszedieren können.

An eine Viruspneumonie ist zu denken, wenn der Beginn nicht ganz akut, die Leukocytenzahl relativ niedrig ist und Antibiotika keinen prompten Erfolg bringen. Die sog. interstitielle, plasmazelluläre Pneumonie des kleinen Säuglings beruht vermutlich auf einer Protozoeninfektion, der *Pneumocystis carinii*. Es ist vorwiegend eine Hospitalinfektion. Schleichender Beginn, leichte Tachypnoe und Trinkunlust, röntgenologisch feinfleckige Verschattungen oder milchglasartige Trübungen sind relativ typische Symptome, insbesondere auf Frühgeburtenstationen. Leider sind Antibiotika völlig unwirksam, die Pathogenese liegt zu einem Großteil auch in der Energie des betreffenden Kindes.

Unter den Aspirationspneumonien sind vor allem die Mekonlumpneumonien des übertragenen Kindes zu erwähnen, da dieses einen starken Reiz bronchial ausübt. Speziellere Formen sind noch die Pneumonie bei der Mucoviscidosis und beispielsweise die interstitielle pertussoido eosinophile Pneumonie des kleinen Säuglings.

Grundstock der Therapie sind natürlich die Antibiotika. Bei Pneumokokken helfen sie prompt, bei Staphy-



bei peripheren
Durchblutungsstörungen
Hautaffektionen
Ulcus ventriculi et duodeni
Arthritiden und Arthrosen
klimakterischen Störungen

PLACENTA
Suspensata

PLACENTA
Colloidale

Einzigtiges Präparat zur intramuskulären Injektion aus Humanplacenta in suspensider und kolloider Form. Frei von anaphylaktischen Nebenwirkungen, keine Allergiegefahr. Sicherer gefäßaktiver Effekt und beschleunigte Zellregeneration.

Sehr wirtschaftlich im Gebrauch. Schon mit wenigen Injektionen hervorragende, vollausreichende Wirkung.

„Placenta-Suspensata“
3 Ampullen zu 1 ccm
10 Ampullen zu 1 ccm

DM 6,50
DM 18,15

„Placenta-Callaidale“
3 Ampullen zu 1 ccm
10 Ampullen zu 1 ccm

DM 6,50
DM 18,15

KOMM. GES. W. SCHWARZHAUPT,
KÖLN-RH.

SCHWARZHAUPT, KÖLN/RHEIN

Bestellschein

Erbitte Schrifttum und Muster von „Placenta-Suspensata“
und „Placenta-Callaidale“

Persönliche Unterschrift und Stempel mit vollständiger Adresse

Bay. A.



Prof. Dr. J. B. Mayer,
Homburg



Prof. Dr. W. Heck,
Bremen



Prof. Dr. G. Martius,
München



Prof. Dr. G. A. von Harnack,
Hamburg-Eppendorf

lokokken ist der Effekt nicht so deutlich. Viruspneumonien oder andere speziellere Formen sprechen nur in einem gewissen Teil an. Die traditionellen Penicilline sind auch noch heute das Mittel der Wahl. Beim kleinen Säugling, wo mit Staphylokokken zu rechnen ist, müssen auf alle Fälle Breitspektrumantibiotica appliziert werden. Symptomatisch sollte nicht mehr auf die Verwendung des Sauerstoffs verzichtet werden, diese verbunden mit einer genügenden Luftbefeuchtung. In schwersten Fällen kann das Leben nur durch Beatmung gerettet werden.

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. C. MAIER, Zürich:

„Eosinophile Infiltrate“

Die klinische Einteilung bezieht sich vor allem auf die sog. flüchtigen Infiltrate und die mehr chronischen Befunde. Bei ersteren ist im Allgemeinbefinden kaum eine Beeinträchtigung zu finden. Nur genauere Beobachtungen lassen leichtes Frösteln, dyspeptische Erscheinungen, Stechen im Thorax, Nachtschweiß, leichten Husten und subfebrile Temperaturen erkennen.

Die Durchuntersuchung ergibt eine mäßige Leukocytose mit erhöhter Eosinophilenzahl. Das Maximum der Eosinophilie ist erst einige Tage nach dem Auftreten der Infiltrate erreicht. Der röntgenologische Aspekt der Infiltrate kann außerordentlich polymorph sein. Bilder von gruppösen Pneumonien, Lungeninfarkten, infraclaviculären Frühinfiltraten, beidseitigen apico-caudal fortschreitenden tertiären Phthisen, Pseudocavernen, ja sogar miliare Aussaaten können vorgeschützt sein. Die Verlaufsbeobachtung entscheidet zusammen mit den sonst erwähnten Symptomen über die Diagnose. Länger dauernde Fälle sind mit einem eosinophilen Pleuraerguß verbunden. Mitunter sind außer den Lungenherden Hautmanifestationen zu beobachten. Wir finden dann Urticariaschübe, Quincke-Ödeme, Ekzeme, Lymphknotenvergrößerungen und relativ häufig eine Eplididymitis. Ätiologisch stehen Parasiteninfektionen und Inhalationsallergene im Vordergrund. Bei Askarisinfektion beruhen die Infiltrate auf einem lokalen Durchwanderungsreiz der Lunge, ebenso bei zahlreichen anderen Helminthen, z. B. Trichinen usw. Unter den nicht-parasitären Noxen sind Mikroölembolien nach i. m. öligen Injektionen hervorzuheben, außerdem Medikamentenallergien nach Sulfonamiden, Antibiotika, Schwermetallmedikamenten und Barbituraten bekannt. Auf allergischer Basis können auch bakterielle Noxen, z. B. im Sinne einer Tuberkulinallergie, Infiltrate hervorrufen, pflanzliche Inhalationsallergene sind ebenso potentielle Ursachen. Eine Kombination mit Asthma bronchiale ist dabei wohl verständlich.

Das chronische eosinophile Lungeninfiltrat, vorwiegend bedingt durch Parasiten, welche längere Zeit in der Lunge verweilen, wie Bilharziose und Lungenegel, bieten über Monate konstant bleibende Lungenbefunde. Die Differentialdiagnose gegen chronische Pneumonie, Karzinom, Morbus Hodgkin, Periarteriitis nodosa ist dabei nicht zu übersehen. Für das typische eosinophile Infiltrat erübrigt sich meist eine besondere Therapie. Bei Parasitenbefall sind Wurmkuren notwendig, sie müssen wiederholt werden, da die in der Lunge befindlichen Larven erst nach 60–80 Tagen im Stuhl als abtreibbare Tiere gefunden werden mögen. Wenn nötig, kann durch ACTH oder Corticoide eine raschere Abheilung erfolgen, insbesondere bei asthmoiden Beschwerden.

Aus dem Vortrag von Priv.-Doz. Dr. F. HEINE, Münster:

„Massive Pneumothoraxatelektasen und verwandte Pneumopathien in Diagnostik und Therapie“

Massive Atelektasen waren in einer Zeit, als der Pneumothorax bei ausgedehnten, reichlich frischen Tuberkulosen angewandt wurde, keine Seltenheit. Weitgehend sind es „unreine“ Atelektasen, da exsudative, produktive und indurative Prozesse in starkem Maße mitbeteiligt sind. Die massiven Atelektasen sind fast ausschließlich in den Oberlappen lokalisiert. Dies ist auf die Lokalisation der Tuberkulose schlechthin zurückzuführen. Möglicherweise ist aber auch bedeutsam, daß der Unterlappen stärker belüftet wird und der inspiratorische Sog der Lungenspitze besonders gering ist. Pathogenetisch sind entzündliche Begleitprozesse im Bereich der feineren Bronchialwege und die Pneumothoraxanlage als solche die wesentlichen Faktoren. Hochgradige Bronchialwandveränderungen bei Tuberkulosen sind nicht selten, was die erwähnte Disposition erklärt. Mit der Verkleinerung des Lungenvolumens unter Einfluß der Pneumothoraxführung geht eine passive Reduktion der Bronchiallichtungen parallel. Letzten Endes ist die entzündliche Infiltration des Lungenparenchyms selbst auch geeignet, die Atelektase zu begünstigen. Selbst kunstgerecht geführte, also keineswegs überfüllte Pneumothoracis vermögen Atelektasen auszulösen. Exsudative Reaktionen bewirken mitunter zunächst eine massive Verdichtung des Lungenslappens ohne Selektivkollaps, erst sekundär tritt dann die atelektatische Schrumpfung ein. Der Einfluß von Atelektasen auf den Verlauf von Lungenerkrankungen, speziell der Tuberkulosen, wird recht unterschiedlich beurteilt. In atelektatischen Bezirken scheint die Tuberkulose produktiv zu wirken, bei nicht zerfallenden tuberkulösen Herden scheint in der Mehrzahl der Fälle eine günstigere Verlaufsform zu resultieren. Cavernen



Priv.-Doz. Dr. R. Damerow,
Erlangen



Prof. Dr. K. Nitsch,
Hannover



Prof. Dr. G. Hegemann,
Erlangen



Prof. Dr. Dr. R. Janzen,
Hamburg

heilen bei künstlich herbeigeführten Pneumothoraxatelektasen in den meisten Fällen aus, ungünstigere Verlaufsformen sind wohl nicht so sehr auf atelektatische Geschehnisse zurückzuführen, sondern auf exsudative Reaktionen. Eine einmal entstandene massive Pneumothoraxatelektase ist im weiteren kaum mehr zu beeinflussen. Der Selektivkollaps bleibt erhalten, auch wenn übrige Lungenabschnitte sich vikariierend wieder ausdehnen. Somit sind Pneumothoraxatelektasen kaum oder überhaupt nicht mit Aussicht auf Erfolg zu behandeln, um so mehr muß man versuchen, sie zu vermeiden. Ein Pneumothorax darf eben nicht maximal gefüllt werden und die Indikationsstellung zur Anlage desselben muß kritisch sein. Frische exsudative Prozesse sind contraindiziert und der Pneumothorax sollte überhaupt erst angelegt werden, wenn unter tuberkulostatischer Therapie eine weitere Rückbildung der Tuberkulose nicht mehr zu erwarten ist. Somit ist neben dem Begriff der Operationsfähigkeit der der Pneumothoraxfähigkeit gleichzustellen.

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. J. B. MAYER,
Homburg/Saar:

„Der heutige Stand der Kenntnisse von den Embryopathien“

Unter Embryogenese wird das Stadium von der 3. bis zum Ende der 8. Woche, in welchem die eigentliche Organentwicklung abläuft, verstanden. Schäden in dieser Zeit, also Embryopathien, resultieren aus Virusinfektionen, Stoffwechselerkrankungen der Mutter und toxischen Einflüssen im weitesten Sinn. Zeitpunkt, Schwere und Art der Schädigung spielen dabei eine entscheidende Rolle.

Vor 20 Jahren wurde man erstmals auf Fehlbindungen im Zusammenhang mit Rötelerkrankung der Mutter aufmerksam. Man konnte differenzieren, daß die Augen in der 5., das Herz in der 6. bis 7., die Ohren in der 8. bis 9. und die Zähne in der 8. Schwangerschaftswoche betroffen wurden. Auffallend ist, daß überall die Schädigungen nur im Rahmen einer Epidemie zu finden sind, ein Zeichen, daß dabei durch häufigen Passagewechsel im menschlichen Gewebe die Virulenz gesteigert werden muß. Das Gros der befallenen Früchte ist nicht lebensfähig, die Zahl der Aborte scheint sehr hoch zu sein, mindestens bei 50%. Inzwischen ist auch bekannt geworden, daß Embryopathien ebenso nach Masern, Mumps, Varizellen, Poliomyelitis, infektiöser Mononucleose, Herpes zoster, Hepatitis, Grippe usw. zu beobachten sind. Auch das relativ große Pocken- und Vaccinavirus erzeugt schwere Embryopathien.

Unter den stoffwechselbedingten Störungen der Embryogenese ist vor allem der Diabetes mellitus hervorzuheben. In einem groben Überblick sind drei Gruppen von geschädigten Kindern zu unterscheiden:

1. die mißgebildeten,
2. die zu großen und
3. die mit ungeklärter Lebensinsuffizienz behafteten Kinder.

Die Mißbildungen sind multipler Art und führen häufig zum Absterben des Kindes während der Schwangerschaft oder in der neugeborenen Periode. In 30 bis 40% von Diabetikerinnen finden wir abnorm große, sog. Riesenkinder. Paradoxe Weise sind es völlig unreife, gefährdete Kinder und nicht selten kommt es zum plötzlichen Absterben ohne größere Anzeichen oder eindeutige Befunde bei der Sektion. Pathogenetisch bedeutsam ist außer der direkten Stoffwechsellage im hypoglykämischen Schock oder im acidotischen Coma die diabetische Angiopathie. Die Gefäßveränderungen beschränken sich nicht nur auf die Mutter, sie finden sich auch in der Plazenta und sogar beim Kind. Die zu großen, cushingoiden Kinder sind ödematös und lethargisch, bleiben sie am Leben, so resultiert häufig eine geistige Einschränkung. An den endokrinen Drüsen erkennt man eine kompensatorische Hypertrophie der Langerhans'schen Inseln. Das überstürzte Größen- und Längenwachstum sowie das Cushingoid mit deren Zusammenhänge zum Hypophysennebennierenrindensystem sind pathogenetisch jedoch noch nicht völlig klar durchschaubar.

Unter den toxischen Einflüssen auf die Embryogenese ist die Prüfung von Medikamenten besonders problematisch. Unterstrichen wird dies durch die Tatsache, daß der Tierversuch keine verlässlichen Korrelationen zu geben vermag. Offenbar gibt es zwar keine beim Menschen teratogene Substanz, die nicht auch beim Tier Schädigungen hervorrufen würde. Es bleibt also die Frage, welche Substanz bei welcher Tierart wirksam ist und damit Vergleichsmöglichkeiten bietet. Bekannt und verständlich sind toxische Einflüsse durch Schwermetalle (Blei, Quecksilber), Cytostatica, Thyreostatica und radioaktive Substanzen. Dringender Erwähnung bedürfen aber auch die Chininpräparate und das Nikotin bei Abusus. Die Tragik, welche durch thalidomidhaltige Präparate entstand, ist zur Genüge bekanntgeworden.

Für alle Embryopathien gilt das gemeinsame Gebot einer wirksamen Prophylaxe. Beim wachsenden Organismus sollte man mit Röntgenstrahlen noch wesentlich vorsichtiger werden. Auch Medikamente sollten in den ersten 3 Schwangerschaftsmonaten nur nach reiflicher Überlegung mit äußerster Vorsicht verordnet werden.

Eine Diabetikerin muß vom Anfang bis zum Schluß der Gravidität durch gemeinsame Betreuung von Internisten und Gynäkologen in eine optimale Ausgangssituation gebracht werden. Die beste Prophylaxe gegen Infektionskrankheiten ist das Überstehen derselben bzw. die Impfung dagegen vor der Pubertät und ein strenges Vermeiden von Infektionsgelegenheiten in der ersten Hälfte der Schwangerschaft. Selbstverständlich dürfen Impfungen mit lebenden Erregern während der ganzen Schwangerschaft nicht durchgeführt werden. Wird die Infektion rechtzeitig erkannt, kann mit Gamma-Globulin aussichtsreich abgeschützt werden.

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. W. HECK, Bremen:

„Die Fetopathien und ihre Therapie“

Fetopathien sind Erkrankungen der Frucht, welche nach Ablauf der 12. Entwicklungswoche, also nach Abschluß der Organogenese, erworben werden. Entsprechend dem gegebenen Thema wird besonders auf die infektionsbedingten Fetopathien — Toxoplasmose, Listeriose, Zytomegalie, Lues und Tbe — eingegangen.

Die Infektionskeime vermögen über den Blutweg der Mutter, vaginal, aus der Bauchhöhle über die Eileiter, aus älteren Herden im Endometrium und dann über die placentaren Blutwege oder aus dem Fruchtwasser durch Aspiration bzw. Digestion an die Feten heranzukommen.

Die Lues darf als typische Fetopathie bezeichnet werden. Nur wenn die Schwangere erst 6 Wochen vor der Geburt an einer Lues erkrankt, kann ein gesundes Kind erwartet werden. Je mehr aber die Infektion an den Konzeptionstermin heranrückt, um so eindringlicher sind die Schädigungen. Die Skala der Fruchtschädigungen reicht von der Totgeburt über die Frühgeburt bis zur Geburt eines scheinbar gesunden Kindes mit den erst später erkennbaren Organlaesionen. Es wäre gut, wenn insgesamt wieder mehr an die Möglichkeit der luetischen Infektion gedacht würde. Eine entsprechende Blutuntersuchung sollte eigentlich immer aus dem Retroplacentalblut angestellt werden. Blutiger Schnupfen des Kindes, Rhagaden um die Mundhöhle, Vergrößerungen der Leber und der Milz sind besonders verdächtig. Bekanntlich ist die connatale Lues vermeidbar, wenn die Therapie früh genug mit ausreichenden Mengen von Penicillin einsetzen kann.

Die Tuberkulose ist eine seltenere Fetopathie. Auch bei ihr ist die frühzeitige Diagnose der Erkrankung bei der Mutter Vorbedingung einer günstigen Behandlungschance. Die Streuung auf das Kind muß nicht immer nur von schweren mütterlichen Tuberkulosen ausgehen. Da die Symptomatik und damit die Diagnose bei den Neugeborenen recht schwierig sein kann, sollte man in Verdachtsfällen eine chemotherapeutische Praeventivtherapie durchführen. Als wirksame Prophylaxe für das Kind muß bei allen tuberkulösen, auch inaktiven Formen, eine Sicherheitskur in entsprechenden Heimen mit Entbindungsmöglichkeiten gefordert werden. In der Frage der Schwangerschaftsunterbrechungen kann man dann wesentlich zurückhaltender sein.

Die Listeriose beim Menschen scheint viel häufiger zu sein als allgemein angenommen wird. Als Ansteckungsquelle sind Tier und Tierprodukte zu nennen. Die Infektion des Erwachsenen läuft oligosymptomatisch oder überhaupt recht uncharakteristisch ab. Erst die serologischen Untersuchungen wiesen auf die Vielzahl

der unbekannt gebliebenen Infektionen hin. Ungünstigerweise scheint die Schwangerschaft eine Art Infektbahnung zu fördern, die klinischen Symptome sind dann — wie gesagt — uncharakteristisch — Angina, Fieber, Durchfälle, Cystopyelitis —, wogegen die serologische Überprüfung Aufschlüsse liefert. Das Krankheitsbild der Neugeborenen ist meist sehr schwer, vor allem meningitische und bronchopneumonische Bilder sind verdächtig. Hier ist es besser, den Bakteriennachweis zu versuchen, da die serologischen Untersuchungen unsicherer sind. Wegen der ernsten Prognose muß bei dem Verdacht einer Listeriose die Behandlung sofort beginnen, am besten in hoher Antibiotikadosierung. Eine pränatale Prophylaxe wäre natürlich sehr wünschenswert. Man sollte vor allem bei Epidemien daran denken und Penicillin hoch genug dosieren.

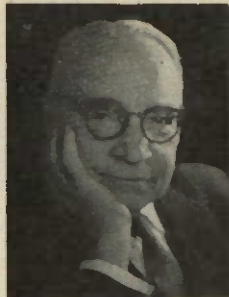
Als wichtigste Infektionsfetopathie darf die Toxoplasmose gelten. Nach serologischen Untersuchungen haben sich bis zum 30. Lebensjahr über die Hälfte der Bevölkerung mit dieser Infektion bereits auseinandergesetzt. Allerdings stehen den zahllosen Infektionen nur relativ geringgradige Erkrankungen gegenüber, diese werden allerdings zu selten erkannt, weil immer noch zu wenig daran gedacht wird. Grundsätzlich kann die connatale Toxoplasmose jedes Organ befallen, typischerweise aber ist das Krankheitsbild charakterisiert durch die Trias Meningoencephalitis, Chorioretinitis und Intraeerebrale Verkalkungsherde. Wenn die Diagnose dieser vor allem postnatal sich entwickelnden Erkrankung frühzeitig gestellt wird — durch serologische Überprüfung, Lumbalpunktion, Röntgenaufnahme des Schädels, Augenhintergrunduntersuchung —, so kann die kombinierte Langzeitbehandlung mit Daraprim und einem Sulfonamid nicht nur das Leben retten, sondern auch progressive Schädigungen vermeiden helfen.

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. G. MARTIUS, München:

„Geburtsschäden und postpartale Komplikationen“

Dieses Thema beruht nicht auf einer zufälligen, zeitlichen Nebeneinanderstellung von Geburtsschäden und postpartalen Komplikationen, sondern beinhaltet eine echte Kausalität. Aus der großen, darunter verstandenen Problematik ragen zwei praktisch wichtige Themen hervor: Die hypoxische Schädigung und der posthaemorrhagische Schock.

Die Hypoxie wurde in ihrer Bedeutung bisher wohl unterschätzt. Statistisch steht sie jedoch bei den perinatalen Todesursachen an erster Stelle. Wichtigstes klinisches Kriterium sind auch heute noch die Herztonveränderungen. Ihre Kontrolle hat in der Eröffnungsperiode alle 10 Minuten, in der Austragungsperiode nach jeder Wehe zu geschehen. Normalerweise gilt das Ansteigen über 160 Puls pro Minute als pathologisch, mitunter sollte man jedoch diese Grenzen noch enger stecken. Eine Bereicherung in der Diagnostik des intrauterinen Befindens des Kindes gewinnt man durch Kontrolle des Fruchtwassers nach Blasensprung, in besonderen Fällen mit Hilfe der Amnionpunktion oder der Amnioskopie und die Mikroblutuntersuchungen aus dem vorangehenden Teil. Grünfärbung des Fruchtwassers ist ein Symptom des Sauerstoffmangels, meist auf der Basis einer Placentainsuffizienz. Die Mikroblutuntersuchungen müssen schon aus methodischen Gründen auf ausgewählte Fälle beschränkt bleiben, sie gestatten aber einen unmittelbaren Einblick in die Sauer-



Prof. Dr. H. Pette,
Hamburg-Eppendorf



Prof. Dr. A. Herrlich,
München



Prof. Dr. A. Windorfer,
Erlangen



Prof. Dr. W. Krücke,
Frankfurt

stoffverhältnisse und den Säure-Basenhaushalt des Kindes. Ursächlich für die Hypoxie ist wie gesagt die Placentalsuffizienz an erster Stelle. Eine causale Differenzierung der Asphyxie ist intrauterin jedoch häufig sehr schwierig, die Behandlung muß also unabhängig von ihr erfolgen.

Im Abschnitt der Therapie rechtfertigt sich ein besonderes Wort für die Prophylaxe: Rechtzeitige Schwangerschaftsbeendigung, Begrenzung der Geburtsdauer und rechtzeitige Geburtsbeendigung sind die wesentlichen Voraussetzungen in dieser Richtung. Daraus wird ersichtlich, wie wichtig eine exakte Terminbestimmung für die Geburtseinleitung ist. Besonders gefährdet sind Kinder, wenn die Zeichen der hypertonen Spätgestose erkennbar werden. Die zeitliche Begrenzung der Geburt ist abhängig von einer guten Geburtsvorbereitung der Mutter und sachgemäßer medikamentöser Geburtsleitung. Jede Mutter sollte an entsprechenden Vorbereitungskursen mit Atem- und Entspannungsübungen teilnehmen. Die Forderung nach rechtzeitiger Geburtsbeendigung bezieht sich vor allem auf eine Begrenzung der Austreibungsperiode. Je nach Anamnese, Befinden der kindlichen Herztöne usw. sollte eine erweiterte Indikationsstellung zu operativen vaginalen Entbindungen akzeptiert werden. Bei solchen „Risikogeburten“ sind die tolerablen Grenzen der Herztöne zwischen 150 und 120 Schlägen pro Minute.

Die postnatale Asphyxie erlaubt häufig auch keine differentialdiagnostischen Erwägungen, sondern zwingt zu sofortigem Handeln. Auffüllung des Kreislaufs — Ausstreifung der Nabelschnur — Säuberung von Rachen und Trachea und künstliche Beatmung mit der intratrachealen Wechseldruckbeatmung müssen ohne Verzug vorgenommen werden. Kreislaufmittel müssen äußerst kritisch indiziert werden, am liebsten vermieden werden, da die Stoffwechselanregung den Sauerstoffbedarf vergrößert. Besondere Komplikationen können dann noch durch Lungenatelektasen oder hyaline Membranbildungen im Alveolarbereich entstehen. Nicht zuletzt sollte an oplatbedingte kindliche Asphyxien gedacht werden, um einen Antagonisten (Lorfan) rechtzeitig zur Anwendung bringen zu können.

Der posthaemorrhagische Schock des Kindes ist gekennzeichnet durch einen Blutvolumenmangel, welcher pathogenetisch einerseits durch die Anämie, andererseits durch eine verringerte Entfaltung der Lungen bei der Umstellung des kindlichen Kreislaufs bedeutsam ist. Einen Fortschritt in der Differenzierung der Blutungsmöglichkeiten bedeutet die Darstellung des foetalen Haemoglobins und damit die Möglichkeit zur Identifizierung kindlicher Erythrocyten. Wenn bei einer vaginalen Blutung kindliche Erythrocyten nachweisbar

sind, ist die Indikation zur sofortigen Schnittentbindung gegeben. Besonders zu beachten sind Kinder nach Placentapraevialblutung, Nabelschnurgefäßzerreißen oder Zottenelnrissen in den intervillösen Raum. Man sollte auch daran denken, daß fehlerhaftes Hochhalten des Kindes nach der Geburt einen unnötigen Rückstrom von foetalem Blut in die Placenta bewirkt und damit eine Volumeninsuffizienz herbeiführen kann. Die Behandlung besteht in jedem Fall in Auffüllung des Kreislaufs mittels einer Knopfkanüle oder eines Venenkatheters durch die Nabelvene. Die notwendige Menge liegt bei 10—15 ccm pro Kilogramm Körpergewicht, am besten in Form von gruppengleichem Blut, im Notfall durch Plasmaexpander. Differentialdiagnostische Erwägungen müssen auch hier aus Dringlichkeitsgründen zurückstehen.

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. G. A. v. HARNACK,
Hamburg-Eppendorf:

„Moderne Gesichtspunkte in der Frühgeborenen- aufzucht“

Die Geburt wird als Frühgeburt bezeichnet, wenn der Zeitpunkt mindestens 4 Wochen vor dem erwarteten Geburtstermin liegt. Statistisch einwandfreier ist die Definition nach dem Geburtsgewicht, wobei unter 2500 Gramm von einer Frühgeburt gesprochen wird. Die Zahl derselben schwankt zwischen 2,5% und 12%, je nach rassischen, sozialen und sonstigen Gegebenheiten. Auffallend ist, daß die Bundesrepublik in entsprechenden Aufstellungen schlechter abschneidet als manches kleine Land, wie beispielsweise die Niederlande oder die Tschechoslowakei. Alle Maßnahmen, welche die Prophylaxe entgegen den Frühgeburten vortreiben, sind aber gleichzeitig ein wesentlicher Beitrag zur Herabsetzung der Säuglingssterblichkeit.

Die erste Lebensviertelstunde ist der entscheidende Abschnitt; denn in keiner Säuglingszeit ist die Sterblichkeit so groß. Unter dem Gewicht von 2000 Gramm ist bei jedem Säugling die Klinikaufnahme zu empfehlen. Die Beurteilung der Reife eines Kindes ist in Zusammenschau aller übrigen Reifezeichen, einschließlich evtl. der röntgenologischen Knochenkernuntersuchung zu beurteilen.

Bei Klinikgeburt gehören asphyktische Kinder in der ersten Viertelstunde in den Inkubator. Wichtigste Sofortmaßnahmen sind die Freilegung der Atemwege und die Beatmung nach Absaugung und Intubation. In verzweifelten Fällen, welche diesen Maßnahmen nicht mehr zugeführt werden können, kommt die Mund-zu-Mund-Beatmung in Frage, doch ist Vorsicht geboten, daß nicht eine Blähung des Magens eine weitere Verschlechterung

herbeiführt. Wenn kein Herzschlag spürbar ist, muß eine zweite Hilfsperson Herzmassage in richtiger Dosierung betreiben, mindestens 10—20 Minuten, um alle Aussicht auf Wiederingangkommen von Herzschlag und normaler Atmung auszuschöpfen. Ein Fortschritt scheint durch die Sauerstoffanwendung in der Überdruckkammer mit 2 at. reinem Sauerstoff, welcher auch durch die Haut infolge des großen Druckgradienten eindringt, zu bestehen. Immer suche man nach der Möglichkeit einer „blassen Asphyxie“, wobei pathogenetisch ein Blutungsschock bedeutsam ist, der sofortigen Volumenersatz (50 ccm) erfordert.

In den folgenden Stunden droht Gefahr vom sog. Atemnotsyndrom, welches sich durch angespannte Atmung mit paradoxem expiratorischem Stöhnen kundtut. Fibrinoide hyaline Membranen verstopfen die Bronchien und führen zu Atelektasen, mitunter kommt es zu Lungenblutungen. Der Fütterungsbeginn ist zeitlich und hinsichtlich der Applikationsart und -menge mit größter Vorsicht anzusetzen. Aspirationsgefahr und Austrocknung stehen sich gegenüber. Nach 6—12 Stunden kann durch eine Polyäthylensonde vorsichtig 2 ccm isotonische Glukoselösung gegeben werden; dies dann in 1—2stündigen Abständen weiter, später zur Hälfte als Frauenmilch. Bei den weiteren Zufuhren ist darauf zu achten, daß die Präparate keimfrei sind, es empfiehlt sich häufiger Sondenwechsel, und man muß meist 10—12 Mahlzeiten über den Tag verteilen. In den geführten Somatogrammen wäre eine Gewichtszunahme von 13 Gramm pro Kilogramm Körpergewicht, der intrauterinen Entwicklung parallel laufend, optimal. Alle übrigen paediatrisch prophylaktischen Maßnahmen gegenüber dem Neugeborenen sind in diesen Fällen natürlich in besonderem Maße zu beachten.

Die Prognose ist erstaunlicherweise bei Mädchen günstiger; denn sie sind bei gleichem Gewicht offenbar reifer. Dasselbe gilt für Mehrlinge. Die Überlebenschance ist statistisch etwa so einzuordnen, daß unter 1000 Gramm Geburtsgewicht nur etwa 4—8%, bis 1500 Gramm bereits etwa 50%, bis 2000 Gramm 80% und bis 2500 95—97% zu retten sind.

Aus dem Vortrag von Priv.-Doz. Dr. R. DAMEROW, Erlangen:

„Morbus haemolyticus neonatorum und die Bedeutung von Blutgruppen und Rh-Faktoren“

Die Antigen-Antikörperreaktion, welche zur Agglutination bzw. Haemolyse des kindlichen Blutes führt, basiert auf einer Sensibilisierung der Mutter durch fötale Erythrocyten und dem Übertritt der dabei entstehenden Antikörper über die Placenta in den kindlichen Kreislauf. Die Häufigkeit des Morbus haemolyticus neonatorum beträgt etwa 1% aller Geburten, wobei die Hälfte auf die Rh-Sensibilisierung fällt. Bei

einer Inkompatibilität zwischen Mutter und Kind erkrankten 20% der Kinder, zwischen Vater und Mutter 10% und bei heterocytotem Vater weniger als 5%.

Pathogenetisch bedeutsam ist einerseits die Haemolyse, andererseits die Freisetzung von Histamin mit anschließender Permeabilitätssteigerung der Gefäße und einem universalen Hydrops bzw. Oedem mit Hypoproteinämie. Die Störung ist graduell unterschiedlich, angefangen von der Anaemia neonatorum bis zum Ikterus gravis, bei dem bereits am ersten Tag die ikterische Verfärbung einsetzt. Grundsätzlich hat jede Gelbsucht am ersten Tag den Verdacht auf das Vorliegen einer solchen Erkrankung zu wecken. Der gefürchtete Kernikterus zeigt sich in Trinkfaulheit, mehr oder weniger stark ausgeprägter Somnolenz und schließlich in Krämpfen. Dringt das Bilirubin in die Ganglienzellen der Hirnkerne ein, so entstehen irreversible Schädigungen, welche choreatiforme Bewegungen, spastische Lähmungen und Wesensveränderungen bis zur Idiotie zurücklassen.

Der Rh-Faktor hat zwar die stärkste antigene Potenz, ist aber nicht allein verantwortlich für das Zustandekommen eines Morbus haemolyticus neonatorum. Das Spektrum der Sensibilisierungsmöglichkeiten ist wesentlich vielgestaltiger; außer den sog. kompletten, bivalenten, sind auch inkomplette, univalente, sog. Albuminantikörper bekannt geworden. Ihr Molekulargewicht ist wesentlich geringer, was bedeutet, daß sie die Placenta besser passieren können. Schließlich bleibt eine geringe Zahl von Fällen, welche durch die Entdeckung der Rh-Untergruppen mit großer antigener Potenz aufgeklärt werden konnten. Erst in den letzten Jahren wurde die Bedeutung der Unverträglichkeit im ABO-System in der wahren Form gewürdigt, nachdem sich herausstellte, daß die dadurch entstehenden Sensibilisierungen in gleicher Häufigkeit auftreten wie bei Rhesus-Faktor-Unverträglichkeit. Der leichtere Verlauf hatte wohl bisher das wahre Verhältnis verschleiert.

Therapeutisch ist die Austauschtransfusion nach wie vor die Methode der Wahl. Von ausschlaggebender Bedeutung ist allerdings der Beginn einer solchen Behandlung. Das hierfür verwendete Spenderblut muß frei sein von homologem Antigen, die Menge muß das 2- bis 3fache des kindlichen Blutvolumens ausmachen. Methodisch hat sich der Wechselaustausch über die Vena umbilicalis am besten bewährt, unmittelbar nach der Geburt kann optimal eine Katheterisierung der Nabelvene und Nabelarterie vorgenommen werden.

Die Prognose verschlechtert sich mit verspäteter Diagnosestellung nach dem zweiten Tag sehr rasch. Um die Diagnose frühzeitig zu sichern, ist prophylaktisch eine gezielte Schwangerschaftsuntersuchung mit serologischer Blutgruppen- und Rh-Faktor-Bestimmung

-Heel

Bei Schwindel jeder Genese,
Menière, Reisekrankheiten —

Vertigoheel®

-Heel

Unruhezustände · banale Infekte

VIBURCOL®

Kinderzäpfchen ohne Therapieschäden



Prof. Dr. H. Kalm,
Dortmund



Priv.-Doz. Dr. J. Peiffer,
Gießen



Prof. Dr. H. J. Bauer,
Göttingen

von Mutter und Ehemann sowie die Suche nach irregulären Antikörpern nötig. Die Untersuchung auf mütterliche Antikörper muß im zweiten und dritten Drittel der Gravidität erfolgen. In einem Blutgruppen-Ausweis wäre außerdem einzutragen, ob sechs Wochen und vier Monate nach der Geburt serologisch eine Sensibilisierung der Mutter nachzuweisen ist. Neue Aspekte in der Prophylaxe ergeben sich aus Untersuchungen, welche im mütterlichen Organismus praeformierte Isoantikörper zum raschen Abbau der kindlichen Erythrocyten nachweisen konnten. In der Konsequenz könnten durch Verabfolgung von entsprechenden Gamma-Globulinen nach der Geburt unglückliche Sensibilisierungsvorgänge vermieden werden, wie dies an Freiwilligen bereits eindrucksvoll bestätigt wurde.

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. K. NITSCH, Hannover:

„Das Erbrechen beim Neugeborenen und jungen Säugling in Beurteilung und Behandlung“

Erbrechen ist eines der wichtigsten und zugleich in der Deutung schwierigsten Symptome in der kinderärztlichen Praxis. Das Kind erbricht aus anatomischen Gründen leichter als der Erwachsene. Zunächst seien die Ursachen, welche außerhalb des Magen-Darmkanals liegen, besprochen. In jedem Fall ist differentialdiagnostisch eine gewissenhafte Überprüfung der cardialen Situation erforderlich, um Myocarditiden oder Herzinsuffizienzen anderer Genese auszuschließen. Azetonämische Krisen und diencephale Regulationsstörungen sind beim Säugling zweifellos selten. Zu beachten ist natürlich auch jede Comaform, sei es Diabetes oder Urämie. Mitunter wird im Gefolge von Unruhezuständen mit Durstfieber die dann sehr einfache Therapie verkannt. Wichtig ist in dieser Richtung auch das Salzverlustsyndrom, wofür auch Pseudopylorus-spasmus als Synonym gebraucht wird. Meist tritt in diesen Fällen eine Durchfallneigung und ein brusker Gewichtsverlust hinzu. Freilich kann der Pylorusspasmus von sich aus zu sekundären Nebennierenschöpfungen und Natriumverlustsyndromen führen. Die häufigste Ursache für Brechattacken ohne Störungen des Magen-Darmkanals liegt wohl in Infekten verschiedenster Art. Erkrankungen des zentralen Nervensystems sind besonders disponiert. Bei Kernikterushydrocephalus, Pachymeningitis, Meningitis und Encephalitis ist Erbrechen ein wegweisendes Symptom. Bei unklarem Erbrechen muß also auch eine Lumbalpunktion erwogen werden. Letzten Endes muß man sagen, daß unklares Erbrechen beim jungen Säugling ein absoluter Grund zur Klinikeinweisung ist. Eine sachgemäße, vollständige Durchuntersuchung des Kindes bietet die

beste Gewähr für den rechtzeitigen Ausschluß der vielfältigen Erkrankungsmöglichkeiten an den inneren Organen. Eine rein symptomatische Therapie kann Scheinerfolge bringen, darf aber vom diagnostischen Bemühen nicht abhalten.

Wenn ein Neugeborenes vor der ersten Nahrungsaufnahme erbricht, so handelt es sich in harmlosen Fällen um verschlucktes Fruchtwasser, im schwerwiegenderen Fall um angeborene Stenosen, deren diagnostische Sicherung möglichst bald erfolgen sollte. Dabei müssen unbedingt wäßrige Kontrastmittel für Röntgenmethoden verwendet werden. Eigentlich soll die Diagnose gestellt werden, bevor die erste Mahlzeit gegeben wird, um bedrohliche Aspirationen zu vermeiden. So schnell als möglich muß sich einer solchen Diagnose die Operation in einer kinderchirurgischen Spezialklinik anschließen. Von rein funktionellen Störungen der Speiseröhre mit hypertonen und atonischen Phasen ist oft ein fließender Übergang zur sog. Pylorusstenose. Bei einer entsprechenden Röntgendiagnostik ist vor allem an die Möglichkeit einer Oesophagusgleithernie und einer Hiatushernie zu denken. Die Komplikationen liegen hier in einer Refluxoesophagitis, welcher bei konservativer Therapie besonderes Augenmerk zu gelten hat. In pädiatrischen Kliniken werden bis zu 75% aller Kinder mit Erbrechen unter der Diagnose „Pylorusstenose“ eingewiesen. Sicher wird diese Vermutungsdiagnose zu häufig gestellt. Das Verhältnis von Knaben zu Mädchen beträgt 6:1, die Kinder sind häufig neuropathisch stigmatisiert, das Erbrechen tritt meist erst in der zweiten bis vierten Lebenswoche auf und steigert sich in der Spastik. Auch jenseits der vierten Woche muß durchaus mit diesem Krankheitsbild gerechnet werden, auch ein Fortbestehen über den dritten Monat hinaus. Der röntgenologische Beweis liegt in einer Verlängerung und Verengung des Canalis digestorius. In klaren Fällen kann aber auch auf diese Untersuchung aus Rücksicht vor Strahlenbelastung verzichtet werden. Der therapeutische Weg muß individuell entschieden werden. Durch Anwendung eines Parasympatholyticums und Spasmolyticums, einer leichten Sedierung und häufigen kleinen Mahlzeiten kann oft konservativ viel erreicht werden. Nehmen die Magenreste nicht innerhalb von drei bis vier Tagen ab bei gleichzeitiger Erholung des Kindes, ist die Operation anzuraten. Ein Ileus muß operativ beseitigt werden, differentialdiagnostische Bemühungen sollten dabei nicht zu weit getrieben werden. Eine Probelaparotomie ist heute nicht mehr so gefährlich und klärt Dinge meist schneller als schwierige Röntgenuntersuchungen. Interessant ist das Problem des Mekoniumileus. Er hängt zusammen mit einer Pankreasfibrose und einer exkretorischen Pankreasinsuf-

fizienz, weshalb therapeutisch Einläufe mit Pankreon versucht werden können. Eine Atresie im Rectumbereich oder gar eine Analatresie sollte nicht erst durch Erbrechen diagnostiziert werden. Heimtückisch und deshalb besonders schwierig ist die Appendicitis im Neugeborenenalter. Sonst unerklärbarer schwerer Gesamtzustand, feine Unterschiede in der Abwehrspannung und initiale Durchfälle müssen unbedingt auch an solche Komplikationen denken lassen. Mitunter ist man gezwungen, sich diagnostisch mit dem Begriff „akutes Abdomen“ zu begnügen und eine Probelaaparotomie vornehmen zu lassen. Zuletzt sei darauf hingewiesen, daß der „verdorbene Magen“ sehr zu Unrecht als häufigste Diagnose des Erbrechens angeschuldigt wird, bei Säuglingen und Kleinkindern aber zu schwerem Zeitverlust bei lebenswichtigen Diagnosen Anlaß geben kann.

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. H. EWERBECK, Köln:

„Infektionen bei Neugeborenen und jungen Säuglingen in Diagnostik und Therapie“

Die Neugeborenenzeit ist gekennzeichnet durch eine passive Immunisierung infolge mütterlicher Antikörper und eine ausgesprochene Insuffizienz zur eigenen Antikörperbildung. Da der Übergang der mütterlichen Antikörper auf das Kind vornehmlich in den letzten Schwangerschaftswochen stattfindet, muß das Frühgeborene besonders infektionsgefährdet sein. Ein Infektionsschutz durch aktive Immunisierung kann erst nach dem ersten Lebensmonat wirksam durchgeführt werden, wenn die Hemmwirkung der mütterlichen Antikörper abklingt. Leider ist auch die unspezifische Infektionsabwehr, z. B. die Serumbakterieide, in den ersten Lebensmonaten und besonders beim Frühgeborenen stark vermindert. Insgesamt bildet der Übergang von der passiven mütterlichen Abwehrkraft zur adaptiv, aktiv erlangten Immunisierung und Reaktionslage einen besonders schutzbedürftigen Zeitabschnitt.

Nicht die Keime epidemisch oder endemischer Krankheiten, sondern Erreger, die für den Erwachsenen weitgehend apathogen sind und sich relativ häufig resistent gegen viele Antibiotica erweisen, wie z. B. die penicillinresistenten Staphylokokken, belasten die Neugeborenenstationen. Gegen solche Schmutz- und Schmierinfektionen der Kinder ist nur durch strenge Asepsis mit laufender Desinfektion der Hände und der Kinder (z. B. durch PhisoHex) eine Besserung zu erzielen. Der statistische Rückgang der Infektionen nach diesem Vorgehen ist signifikant. Zu den gesamt hygienischen Maßnahmen kann auch die Luftentkeimung mit UV-Strahlen eine gewisse Hilfe bringen. Noch immer aber wird die Gefahr der Luft-Staubinfektion geringer eingeschätzt als sie tatsächlich ist. Gegenüber dem Pemphigus staphylogenes neonatorum und der Dermatitis exfoliativa Ritter, welche durch die Antibiotica stark zurückgedrängt werden konnten, nehmen die verschiedenen Formen multipler Hautabszesse zu. Von diesen, wie auch von dem beim Kind immer wieder zu beobachtenden Erysipel, kann überraschend und diskret eine Sepsis ausgehen. Fieber, Blutbild usw. können fehlen, das schlechte Allgemeinbefinden muß aber rechtzeitig daran denken lassen. Differentialdiagnostisch sind dann spezifische Infektionen wie Lues, Toxoplasmose, Listeriose und Histoplasmose aus-

zuschließen. Der kulturelle Nachweis und die Resistenzbestimmung sollten auch bei sofort notwendig werdender Antibioticatherapie nicht vernachlässigt werden. Besondere Beachtung ist der Pyocyaneusinfektion zu widmen, da sie besonders schwerwiegende Krankheitsbilder, auch Meningitiden, herbeiführen kann.

Die Therapie muß die Toxizität auf den Neugeborenenorganismus besonders berücksichtigen. Sulfonamide sind sehr vorsichtig zu indizieren. Das größte Vertrauen unter den Antibiotica verdient das Penicillin, allerdings in ausreichend hoher Dosierung (evtl. bis auf 1 Mega pro Kilogramm). Die Einführung von Penicillinarten gegen penicillinresistente Staphylokokken (Cinopenil, Stapenor, Binotal usw.) sind eine sehr zu begrüßende Bereicherung. Beachtung verdient als Nebenwirkung die gelblich-braune Verfärbung des Zahnschmelzes durch Tetracycline. Auch der Einfluß auf die Darmflora kann bei kleinen Säuglingen recht unangenehme Nebenwirkungen darstellen. Für die befürchteten Pyocyaneusinfektionen bewährten sich Chloramphenicol, Colistin und Polymyxin B, allerdings ist die Dosierung sehr gewissenhaft durchzuführen, um toxische Einflüsse zu vermeiden.

Die Möglichkeit der Virusisolation und Identifizierung zeigte, daß der Virusnachweis noch nicht gleichzusetzen ist mit einer Erkrankung des Säuglings. Andererseits wurden manche epidemisch auftretende Bilder als Virusinfektionen erkannt, so z. B. Säuglingsdiarrhoen, welche durch Echoviren hervorgerufen werden. Besonders zu fürchten sind außerdem die Coxsacki Virusarten mit unterschiedlichem Organbefall als Encephalomyelitis, Myocarditis oder in seltenen Fällen auch als Hepatitis.

Schon das Neugeborene kann mit einer generalisierten Pilzinfektion, meistens Moniliasis, unter allgemein septischen Symptomen in schwere Gefahr gebracht werden. Antibioticabehandlung verschlimmert das Bild, ist mitunter ursächlich mitverantwortlich. Soor gehört nicht zur normalen Flora des Neugeborenen, genaue kulturelle Analysen der Mundschleimhaut können also schon vor der klinischen Symptomatik eine Diagnose ermöglichen.

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. G. HEGEMANN, Erlangen:

„Chirurgische Interventionen beim Neugeborenen und jungen Säugling“

Die physiologischen Besonderheiten beim Säugling und Neugeborenen sind so bedeutungsvoll, daß nur in chirurgischen Spezialabteilungen mit geschultem Personal und enger Zusammenarbeit mit den Pädiatern erfolgreiche Arbeit geleistet werden kann.

Für die Prognose aller chirurgischen Eingriffe ist die rasche, frühzeitige Diagnosestellung durch den Geburtshelfer und den Pädiater eine gewichtige Voraussetzung. So kommen die angeborenen Oesophagusatresien meist zu spät in die Klinik, weil eine inzwischen eingetretene Aspirationspneumonie den Allgemeinzustand schon wesentlich verschlechtert hat. Eigentlich sollte bei jeder Gesundheitsbesichtigung des Neugeborenen ein dünner Katheter die Passage des Oesophagus überprüfen. Die Operation ist natürlich die einzige Chance, wenngleich sie heute auch noch mit

einem großen Risiko belastet ist. Den Atresien stehen die erworbenen Oesophagusstenosen gegenüber, welche immer reflexbedingt sind und eine Cardiainsuffizienz verschiedener Ursache finden lassen. Besondere Beachtung verdienen auch die Zwerchfellhernien, da unerkannt 80 Prozent der Säuglinge im ersten Jahr sterben. Die Thoraxübersichtsaufnahme zeigt oft groteske Bilder, man denkt zunächst an eine Wabenlunge, an einen Spannungspneumothorax usw., in Wirklichkeit verzerren Darmschlingen das sonstige Thoraxbild. Bei solch gefährlichen Situationen ist die konservative Therapie unangebracht. Von der Thoraxchirurgie ist zu sagen, daß bereits im Neugeborenen- und Säuglingsalter Lungenresektionen notwendig werden können, wenn z. B. rezidivierende Abszeßbildungen nicht zu beherrschen sind. An der Erlanger Klinik wurden 250 herzchirurgische Eingriffe bisher durchgeführt, meist mit extracorporalem Kreislauf. Die Indikation zu solchen Eingriffen ergibt sich schon daraus, daß statistisch von angeborenen Herzvitien nach einem Jahr nur noch 26% am Leben sind, wenn kein Eingriff versucht wird. Leider muß gesagt werden, daß der extracorporale Kreislauf bei Neugeborenen und Kleinstkindern kaum anwendbar ist. Palliative Eingriffe, wie beim Ductus Botalli, in Unterbindung, Anlegung eines pulmonal-aortalen Shunts beim Fallot, offene Aufschlitzen von Aorten- oder Pulmonalstenosen u. a. vermögen aber doch manche Kinder aus der sonst düblösen Prognose zu retten.

Auch in der Bauchchirurgie ist zunächst der große Nabelschnurbruch zu besprechen. Ein sofortiges Zurückdrängen der Darmschlingen würde zum Ersticken des Kindes führen. Man sollte zunächst durch eine Mercurochrompinselung der dünnen Bauchdecken einen Granulationsreiz zur Kräftigung dieser dünnen Hautschichten geben und durch ständiges Wickeln über längere Zeit versuchen, allmählich den Bauchinhalt in die normale Lage zurückzubringen. Später kann dann die Totaloperation durchgeführt werden. Bei Erbrechen in den ersten Lebenstagen muß natürlich an Darmunwegsamkeiten gedacht werden und es ist besser, zunächst eine Leeraufnahme zu machen. Die Verteilung der Luftblasen lassen dann eine recht gute Lokalisationsmöglichkeit des Stops zu. Der Mekoniumileus bietet meist auch für den Chirurgen noch unüberwindliche Schwierigkeiten. Auch das Megacolon vermag schon in den ersten Lebenswochen bedrohliche Symptome zu bereiten, aber die beim späteren typischen Hirschsprung vorgeschlagenen Operationen kommen hier noch nicht in Betracht, sondern nur eine Colostomie. Gallengangsatresien sind zu 80% inoperabel und inkurabel. Bei der Analatresie, deren Diagnose leicht sein sollte, ist chirurgisch das Problem der Kontinenz-erhaltung im Vordergrund. Die hohe Analatresie ist wesentlich ungünstiger, weil sie durch zusätzliche Fisteln und Mißbildungen belastet ist. Eine gute diagnostische Hilfe ist die Röntgenleeraufnahme bei hängendem Körper, um festzustellen, wie hoch die Luftfüllung des Darmes — welche nach 24 Std. vollendet — an die Analöffnung heranreicht.

Schließlich ist bei der Besprechung der frühkindlichen Urologie vor allem auf eine diagnostisch intensivere Beachtung der Wilms-Tumoren hinzuweisen, da diese doch häufig schon bei der Neugeborenen-Gesundheitsbesichtigung tastbar sind und dann eine echte

Operationsmöglichkeit bieten. Die Blasenektopen sind seit langem ein besonderes und schwer zu lösendes chirurgisches Problem, weil außer der Rekonstruktion der Blase auch der klaffende Symphysenschluß beachtet und in die operativen Maßnahmen mit einbezogen werden müßte. In Erlangen wurde deshalb ein Verfahren entwickelt, welches diesen Überlegungen besonders Rechnung trägt und in intensiven Bemühungen nach mehreren chirurgischen Sitzungen einige gute Operationserfolge gebracht hat.

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. Dr. G. BODECHTEL, München:

„Zur Pathogenese und Differentialdiagnose der Encephalopathien aus der Sicht des Internisten“

Die Ausführungen beziehen sich vor allem auf Stoffwechsel- oder endokrin bedingte Zustandsbilder. Voraussetzung für ein besseres Verständnis der Funktionsausfälle im Gehirn ist das Studium der Stoffwechselläufe und -vorgänge schlechthin. Das Cerebrum beansprucht 16% des Minutenvolumens mit einer durchschnittlichen Sauerstoffutilisation von 75 Ltr. pro Tag. Als weiteres Ausgangssubstrat hat die Glukose besondere Bedeutung. Das Gesamthirn benötigt durchschnittlich 75—80 Gramm Glukose pro Tag, eine beachtliche Menge! Daraus wird verständlich, daß die Sauerstoff- und Glukoseutilisation sehr empfindlich allen Störungen des Gehirns parallel verändert wird.

Klinisch gibt es keine spezifische psychische oder neurologische Symptomatologie, auch keine spezifischen EEG-Befunde bei der Encephalopathie. Im Vordergrund steht die Änderung der Bewußtseinslage, welche in allen Graden variieren kann. Ein begleitendes Hirnödem vermag sekundär schwere Zirkulationsstörungen zu veranlassen und dann ausgesprochene Herdsymptome hervorzurufen.

Beim Coma hypoglykämicum ist die Encephalopathie durch den hochgradigen Glukosemangel bedingt. Dieser vermag Parenchymnekrosen ähnlich ischämischen Zuständen hervorzurufen. Die Ganglienzelle lebt eben bezüglich ihres Nährsubstrates „von der Hand in den Mund“. Zwar zeigen entsprechende Untersuchungen, daß die Utilisationsrate freier Aminosäuren dabei ansteigt, doch dienen diese lediglich dem sog. Strukturbedarf der Nervenzelle. Absolute Werte für die Unterversorgung gibt es nicht, im allgemeinen ist eine Unterschreitung von 40—45 mg% mit schweren cerebralen Funktionsstörungen verbunden. Die Funktionsstörung selbst teilt sich in verschiedene klinische Symptomatologien: 1. in vegetative, 2. in organ-neurologische und 3. in psychische Wandlungen. Entscheidend ist, daß man bei jedem cerebralen Anfallsleiden an die Möglichkeit hypoglykämischer Zustände denkt. Interessant ist, daß nach schweren hypoglykämischen Encephalopathien auch Hirnnarben zurückbleiben können, die symptomatische cerebrale Anfälle begründen können.

Beim diabetischen Coma geht die Pathogenese der Encephalopathie natürlich nicht über die Hyperglykämie. Vielmehr besteht auch hier ein intrazellulärer Substratmangel durch Verwertungs- und Aufnahmestörung der Glukose in der Zelle. Weitere wichtige Faktoren sind die Acidose, wobei ein Absinken der Alkalireserve unter 20% prognostisch besonders ungünstig ist. Schließlich bedarf die Dehydratation, d. h.

die Austrocknung, besonderer Erwähnung. Wasserverluste bis zu 5—7 Liter sind keine Seitenheit. Der hypovolämische Schock bewirkt zugleich eine dem Cerebrum sehr nachträgliche Kreislaufinsuffizienz. Man muß bedenken, daß meist schon sekundär entstandene Angiopathien lokale Durchblutungsstörungen begünstigen.

Die Diskussionen um hepatogene Encephalopathien haben die Amoniakintoxikation in den Mittelpunkt der Betrachtungen gerückt. Dekompensierte Lebercirrhosen, mit portocavalen Shuntoperationen bringen derartige Intoxikationen mit sich. Bei Leberzellschaden ist die Harnstoffsynthese insuffizient, insbesondere wenn durch intestinale Blutungen (Ösophagusblutung) reichlich Eiweiß rückresorbiert wird. Das sog. endogene Lebercoma, bei welchem im Gefolge akuter Leberparenchymschädigungen Encephalopathien beobachtet werden, scheint mitbedingt durch Glukoseutilisationsstörungen, wobei die Zusammenhänge noch nicht endgültig geklärt sind. Kann ein niedriger Blutzuckerwert gefunden werden, so spricht man von glykopriiven Intoxikationen in Begleitung schwerer Leberaffektionen, Zustände, welche durch Glukoseinfusionen gebessert oder gar behoben werden können.

Bezüglich der renal bedingten Encephalopathien ist eine Trennung der urämischen Zustände von den akut eklamptischen Pseudourämien notwendig. Ein Urämietoxin, dem die alleinige Bedeutung für die retentionsbedingte Intoxikation zugeschrieben werden könnte, ist nicht bekannt. Anämie, Acidose, Elektrolytentgleisung, Retention toxischer Eiweißabbauprodukte u. a. wirken offenbar zusammen. Sicher sind Enzymblockaden mit im Spiele, die ihrerseits wieder auf die urämische Intoxikation zurückzuführen sind. Experimentell gelang es bisher nur, mit Guanidin eine urämische Symptomatologie hervorzurufen. Es hemmt weit stärker als der Harnstoff die intrazellulären Enzyme, doch muß dazu wohl auch wieder die acidotische Stoffwechsellage hinzutreten. Die eklamptischen Anfälle dagegen sind bedingt durch ein starkes Hirnödem. Ein solches kann auch Folge der Demineralisation in den fortgeschrittenen Stadien der chronischen Urämie sein.

Wie wichtig eine objektive, von den Angehörigen erhobene Anamnese bei fortgeschrittenen Encephalopathien sein kann, zeigen Fälle, bei denen schließlich ein Coma basedowicum diagnostiziert werden kann, wenn man nur weiß, daß vorangehend ausgesprochen hyperthyreote Züge das Beschwerdebild beherrschen. In solchen Fällen ist die Therapie besonders aussichtsreich, was die diagnostischen Bemühungen nur unterstreichen soll.

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. R. JANZEN, Hamburg:

„Fortschritte in der Erkennung und Behandlung kreislaufbedingter Encephalopathien“

Alle akuten Beeinträchtigungen der Gehirnfunktionen sind verdächtig auf kreislaufabhängige Encephalopathien. Diffuse Störungen, wie z. B. Fettembolien, Herzstillstand, Herzinfarkt oder Massenblutungen, generalisierte Angiopathien, Tumoren und Encephalitiden führen verständlicherweise auch zu einer generalisierten Beeinträchtigung, ganz anders als die isolierten Gehirninfarakte einzelner Gefäßgebiete mit den sog. Gefäßsyndromen. Verbesserte therapeutische Möglich-

keiten, z. B. Antikoagulantien, Fibrinolyse, Operation, haben die diagnostische Analyse verantwortungsvoller gemacht. Der „angiospastische Insult“ ist in seiner pathogenetischen Bedeutung heute keine vertretbare Diagnose mehr. Die Hypothese vom angiospastischen Insult basierte auf der Vorstellung von „funktionellen Endarterien“ im Gehirn. In Wahrheit handelt es sich dagegen unter normalen Druckbedingungen um reichhaltige, funktionell inaktive Anastomosen, d. h. das Blut stagniert offenbar zwischen beiden Zustromgebieten in der Anastomose. Aus dieser Erkenntnis wird unschwer ersichtlich, was pathogenetisch den „reversiblen Insult“ ermöglicht, und unter welchen Bedingungen es zum sog. Totalinfarkt kommen muß. An einem Beispiel veranschaulicht kann der Ablauf beobachtet werden. Ein sog. „angiospastischer Insult“ beruht zunächst auf einer einseitigen Carotisthrombose, der reaktive Druckausgleich führt zu einer raschen Erholung der zentralen Symptomatik und erst viele Jahre später wird z. B. durch Nachlassen der Herzleistung oder durch Hinzutreten anderer Gefäßalterationen ein endgültiger Insult besiegelt.

Prognostisch und therapeutisch ergibt sich die Konsequenz, bei jedem frischen Insult an die Möglichkeit eines Collateralkreislaufes zu denken, um nicht vorzeitig ein negatives prognostisches Urteil zu fällen. Die häufig beobachtete günstige Wirkung einer medikamentösen kreislaufaktiven Therapie und einer — wie man früher dachte — Förderung der cerebralen Durchblutung durch Lösung von Gefäßspasmen beruht also auf der Verbesserung einer Anastomosendurchblutung. Der Beurteilung und Unterstützung der Herzleistung kommt eine zentrale Bedeutung zu. Nicht zuletzt kann die Symptomatik eines Hirninfarktes Ausdruck einer akut nachlassenden Herzkraft infolge Herzinfarkt sein. Die speziellen therapeutischen Indikationen, wie Antikoagulantien, Fibrinolyse und Operation sind bis jetzt noch recht schwierig zu formulieren. Am zurückhaltendsten muß man wohl mit chirurgischen Eingriffen sein, schon aus der Überlegung heraus, daß man bei einmal eingetretenem Insult mit der Recanalisation des Gefäßes zu spät kommt, der prophylaktische Wert, den man diskutieren könnte, wird zudem eingeschränkt durch die nicht allzu hoffnungsvolle Statistik der Verlaufsbeobachtungen. Das Vertebralissyndrom — beruhend auf intermittierender Durchflußbehinderung infolge HWS-Abnormitäten oder arteriosklerotischer Vertebralisveränderungen, mitunter beider Ursachen zusammengenommen — eine solche Vertebralisinsuffizienz wird gegenwärtig wohl zu häufig diagnostiziert. Man sollte nie versäumen, in solchen Fällen andere Ursachen, insbesondere Tumoren im Gehirn, differentialdiagnostisch auszuschließen.

Massenblutung und Hirninfarkt können auf derselben Anamnese, nämlich einer Hypertonie, beruhen. Die Massenblutung erzeugt aber grundsätzlich keine systematischen Syndrome. Die Diagnose einer Massenblutung verbietet aber jede aktive Therapie. Sowohl der große Aderlaß als auch eine intensive Gabe von Haemostyptica, abrupte medikamentöse Blutdrucksenkung, überstürzter Transport usw. verursachen nur zusätzliche Komplikationen. Im akuten Stadium ist allgemeine Ruhe, Freihaltung der Atemwege durch Lagerung, Bronchialtoilette, Entleerung der Blase und sorgsame allgemeine Pflege ratsam. Bei fehlender Hypertonie in der Anamnese sollte differentialdiagno-

stisch an ein Aneurysma mit Perforation gedacht werden, insbesondere wenn initial heftige Kopfschmerzen bestanden. Die Möglichkeiten einer operativen Therapie machen eher intensive Maßnahmen erforderlich. Die Prognose ist auch bei einem Hirnstammsyndrom mit Streckkrämpfen noch nicht infaust. Bei akutem, heftigen Hinterkopfschmerz mit Nackensteife muß durch eine Probelumbalpunktion der Verdacht einer Subarachnoidalblutung untersucht werden. Wahrscheinlich gibt es viele, die ein- oder zweimal eine „Migräne“ erlitten, in Wirklichkeit aber Subarachnoidalblutungen durchmachten. Eine klinisch verbindliche Regel für die Therapie frischer oder schon einmal durchgemachter, aber erkannter Subarachnoidalblutungen i. S. eines operativen Vorgehens oder einer operativen Prophylaxe besteht derzeit noch nicht. Haemostyptica werden meist gegeben, zu Beginn ist das Wesentliche die Ruhe, später ist eine klinische Durchuntersuchung stets erforderlich.

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. H. PETTE und Dr. E. PETTE, Hamburg-Eppendorf:

Fortschritte in der Pathogenese und Klinik der multiplen Sklerose

Die multiple Sklerose scheint eine Erkrankungsform innerhalb eines weit ausgreifenden pathogenetischen Prozesses zu sein, den man als Entmarkungsenzephalomyelitis zusammenfassen könnte. Lange Zeit war umstritten, ob dieser Prozeß ein degenerativer oder entzündlicher sei. 1942 sah man sich dann zu der Hypothese berechtigt, daß jede MS ein akutes, entzündliches Stadium durchläuft, ein Krankheitsbild, welches man früher auch als akute, disseminierte Enzephalomyelitis bezeichnete. Dies besagt jedoch noch nicht, daß die Entzündung durch ein belebtes Agens bedingt sein muß. Ein solcher erster Schub der MS steht differentialdiagnostisch aber immer in Abwägung zu parainfektösen Enzephalomyelitiden. Die ätiologische Erregersuche machte viele Stadien durch, insbesondere die Frage nach der Virusgenese hielt man einer besonders sorgfältigen Durchuntersuchung für wert. Inzwischen konnte nachgewiesen werden, daß der Krankheitsverlauf und das pathologisch-anatomische Substrat von Enterovirusinfektionen grundsätzlich verschieden zu dem der MS ist. Demgegenüber scheint sich der in den 30iger Jahren erstmals

erhobene und dann auch bei uns experimentell wiederholt überprüfte Verdacht einer Autoimmunreaktion oder anders ausgedrückt einer Neuroallergie in der Pathogenese der MS mehr und mehr zu bestätigen. So konnte bei Affen nach Verabreichung von gehirnspezifischen Antigenen eine immunpathologische Reaktion beobachtet werden, welche einerseits das klinische Bild der MS in der klassischen Symptomatik reproduzierte, andererseits in den histomorphologischen Präparaten typische Entmarkungsherde disseminierter Art aufwies. Interessanterweise rückt dieser Vergleich der klinischen und pathologisch-anatomischen Merkmale der MS von den Experimenten zu den menschlichen Erkrankungen um so näher zusammen, je höher entwickelt die Tiere, bei denen die Versuche stattfanden, sind. Besonders unglückliche und unerwartete Experimente lieferten die Beobachtungen von Behandlungsreihen mit Frischzellenextrakten von Kalbshirn, wobei nach mehrmaliger Injektion derselben das typische Bild einer akuten Entmarkungsenzephalomyelitis aufzutreten droht. Eine unabdingbare Voraussetzung für die MS ist also ein Hypersensibilisierungsprozeß des zentralen Nervensystems, so daß eine hyperergische Antigenantikörperreaktion, Gefäßalterationen mit den bekannten perivacuären Zeichen der Entzündung eintreten.

Wichtig ist nun für den Kliniker, daß diese experimentellen Studien richtungweisend sein können für Therapie und Prophylaxe der MS. Der Verlauf in Schüben erklärt sich durch die in das immunpathologische Geschehen hereinwirkenden vielfachen Streßsituationen, wie dies überall anerkanntes Erfahrungsgut ist. Eine spezifische Behandlung könnte man eigentlich nur dann einleiten, wenn man das spezifische Agens kennen würde, wie das nicht der Fall ist. Die Therapie kann also erst einsetzen, wenn der erste Schub stattgefunden hat und gezeigt hat, daß dieser eine Mensch unter 1000 oder 2000 hypersensibilisiert und damit für den Krankheitsablauf der MS disponiert wurde. ACTH und Corticosteroide sind dann nach der vorliegenden Darstellung sicher die Mittel der Wahl. Sie müssen frühzeitig zur Anwendung kommen, bevor Schädigungen der Achsenzyylinder ein Irreversibles Defektstadium erzeugt haben. Wegen der Gefahr der Komplikationen gehört diese Behandlung in die Hand des Klinikers. Die Prophylaxe geht einerseits dahin — wie schon gesagt —, Streß-Situationen zu meiden, an-

Resedorm[®]

Bromfreies, mehrschichtig wirkendes
Sedativum und Hypnotikum

Liquidum
Tabletten

PAUL LAPPE · CHEM. PHARM. FABRIK · BENSBERG-KÖLN.

dererseits aber neuerdings auch, Überlegungen anzustellen, wie der immunopathologische Vorgang dieser auserwählten Person zu ändern ist.

Das Beispiel der multiplen Sklerose möge deutlich machen, wie wesentlich die Grundlagenforschung in der Medizin für den echten Fortschritt im Kampf gegen die Krankheiten ist.

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. A. HERRLICH, München:

„Praktische Erfahrungen mit cerebralen Schädigungen nach Impfungen“

Jeder Impferfolg setzt eine Impfreaktion voraus. Dabei bestehen fließende Übergänge zwischen normalen Reaktionen und einer Impfkrankheit bzw. sogar schädigenden Folgezuständen.

Die Verbreitung postvaccinöser Schädigungen — insbesondere der Encephalitis — scheint gebietsweise gleich verbreitet, wenn nur danach gesucht und darauf geachtet wird. Sie ist meist eine Erkrankung des Erstimpflings. Jenseits des 2. Lebensjahres, bedingt durch die Reifung des Gehirns, steigt die Disposition zu solchen Komplikationen. Die geschätzte Häufigkeit liegt bei 1:2—3000. Neurale Komplikationen sind aber ebenso nach Tuberkulose- und Keuchhusten-Schutzimpfung bekanntgeworden. Bei zeitlich klarem Zusammenhang ist dies meist auch gutachtlich bestätigt worden. Möglicherweise spielen hier allergische Faktoren eine Rolle, andererseits findet man häufig eine familiäre Disposition zu Erkrankungen des ZNS. Diphtherie- und Tetanusimpfung gelten als harmlose Eingriffe. Von der Masernimpfung ist bekannt, daß sie im Gegensatz zur natürlichen Erkrankung keine EEG-Veränderungen hervorruft. Bei der oralen Polioimpfung hat man bisher den Eindruck, daß nur in sehr wenig Fällen echte Komplikationen folgen, meist flüchtige Paresen, die als neurale Schädigung anerkannt werden mußten. Unter den vor allem bei Erwachsenen vorzunehmenden Impfungen sind die Typhus-, Influenza- und Tollwut-Schutzimpfung von gelegentlichen Reaktionen behaftet, man bezieht dies im allgemeinen auf allergische Vorgänge.

Zur Prophylaxe der neuralen Schädigungen nach Impfungen sind folgende Möglichkeiten gegeben: 1. Unterlassung der Impfung bei anamnestic Impfgefährdeten und vor allem bei Impfvorhaben, die

keinen Nutzen mehr erwarten lassen (so z. B. Keuchhustenimpfung jenseits des 2. Lebensjahres). Eine Pflichtimpfung, wie die Pocken-Schutzimpfung, läßt für solche Überlegungen dem ärztlichen Ermessen durchaus genügend Raum. Die vielfältigen Bemühungen, die Pathogenese von postvaccinalen Impfreaktionen zu durchleuchten, haben immer wieder die Gegenüberstellung zu diskutieren, ob bei einer Abmilderung der Impfymphe auch eine genügende Immunitätsreaktion erreicht werden kann. Insbesondere dachte man daran, ob die Virämie Bedeutung für die Encephalitis habe und ob eine entsprechende Vorimpfung die Gefährlichkeit derselben abzuschwächen vermag. Bekanntlich erfolgt eine passive Immunisierung physiologischerweise während der Schwangerschaft, weshalb mancherorts als günstigste Impfzeit der 4. bis 6. Lebensmonat angesehen wird. Später kann man ähnliche Verhältnisse durch Verabreichung von Vaccine — Gamma-Globulin erreichen. Problematisch ist dabei nur — wie oben schon erwähnt — die Frage einer ausreichenden Immunreaktion. Die Wirksamkeit von Vaccineantigenen ist in Erprobung und erscheint durchaus eine Prophylaxe zu bewirken. Endgültiges kann erst nach Abschluß einer noch größeren Untersuchungsreihe gesagt werden.

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. A. WINDORFER, Erlangen:

„Die bakteriell virusbedingten Encephalopathien und ihre Behandlung“

Das Referat beschränkte sich auf eine Auswahl von Krankheitsbildern innerhalb der großen Zahl virus- und bakteriell bedingter Encephalopathien. Klinik und Ätiologie derselben werden vor allem aus pädiatrischer Sicht besprochen.

Der klinische Verdacht wird meist aus einem unspezifischen Syndrom — Fieber, Krämpfen, Bewußtseinstrübung, Apathie, Somnolenz, Bewußtlosigkeit — hergeleitet, später erst treten Herdsymptome mit neurologischen Ausfällen hinzu. Die Differentialdiagnose gegen schwere Begleiterscheinungen bei Stoffwechselerkrankungen, Infektionen und Vergiftungen ist oft schwierig, da selbst die Liquoruntersuchung und die Hirnstromkurve der absoluten Beweiskraft entbehren. Die Übergänge von der Encephalitis zur Meningoencephalitis oder Encephalomyelitis sind fließend. Auch gelingt nur in den seltensten Fällen eine sofortige



dehydro

sanol

Dragées

ätiologische Gliederung. Die bakteriell bedingten Encephalopathien entstehen meist fortgeleitet von einer Meningitis. Die Erregerbestimmung im Liquor sollte immer versucht werden, wengleich therapeutisch nicht bis zu deren Nachweis gewartet werden darf. Der bakterielle Prozeß zeigt sich in den meningitischen Symptomen von Nackensteife, schwer fiebrigem Allgemeinzustand und Krämpfen, ein Prozeß, der schließlich als Encephalitis auf das Gehirn übergreift und dann durch Somnolenz bis Coma charakterisiert ist. Der Eintritt einer Encephalitis läßt auch beim Einsatz aller Antibiotica keine Restitutio ad integrum mehr erwarten. Rasche Therapie mit hohen Dosen von Leukomycin, Penicillin (am besten in Dauertropfinfusionen) in Verbindung mit Corticoiden und Kreislaufmitteln, manchmal auch kombiniert mit Sulfonamiden (bei Pneumokokken und Influenzabazillen) ist notwendig. Bei der tuberkulösen Meningoencephalitis kommt es zu einer serösen Entzündung mit einer verschleierten Symptomatik. Auch hier entscheiden aber die Frühdiagnose und Frühtherapie über das Schicksal. Die Diagnose gründet sich auf Tuberkulinprobe, Anamnese, Liquorbefund (!) und auf die Suche gleichzeitig bestehender pulmonaler Affektionen. Bleibt die Ätiologie einer Meningoencephalitis unklar, so ist außerdem an die Infektion mit Leptospiren (Weilsche Krankheit, Canicola-Fieber usw.) und die Neuroleues zu denken. Schließlich ist die Keuchhustenencephalopathie zu erwähnen, deren zeitlicher Zusammenhang mit der Pertussiserkrankung die Diagnose erleichtert. In Übereinstimmung mit der Krankheit selbst verläuft die Encephalitis um so bösartiger, je jünger die Kinder sind.

Bei den virusbedingten Encephalopathien wird vielfach zwischen primären und sog. Begleit- oder parainfektösen Encephalopathien unterschieden. Nachdem man allerdings in den letzten Jahren bei den sog. parainfektösen Encephalitiden (Masern, Mumps, Varicellen, Röteln usw.) das Krankheitsvirus aus dem Zentralnervensystem isolieren konnte, scheint diese Trennung überholt zu sein. Aus der großen Reihe der uns heute bekannten Virusformen können nur einige wenige wichtige Encephalitiden herausgegriffen sein. Die encephalitische Verlaufsform der Poliomyelitis ist bekanntermaßen schwer und gefährlich. Dies erlaubt jedoch nicht, prognostisch und damit therapeutisch hoffnungslos zu sein. Der klinische Rückschluß auf eine Coxsacki-Virusinfektion ergibt sich aus dem gleichzei-

tigen Bestehen von Pleurodyniesymptomen, wie sie von der Bornholmer Krankheit bekannt sind. Bei Neugeborenen und jungen Säuglingen entsteht daraus ein äußerst ernstes Krankheitsbild, nicht zuletzt durch die Kombination von Encephalitis und ebenso virusbedingter Myocarditis. Die encephalitische Komplikation der Masern ist nach wie vor eine große Gefahr. Wesentlich gutartiger verlaufen die neurologischen Komplikationen bei Mumps. Selten, aber doch wissenschaftlich wertvoll sind Encephaliden bei Röteln, Herpes bzw. Varicellenviren. Unter dem Namen „Frühsommer-Encephalitis“ sind in Europa Krankheitsbilder bekanntgeworden, welche durch eine Infektionsübertragung von Zecken entstanden, in Deutschland konnte man ähnliche Fälle bisher nicht exakt sichern. Ätiologisch unklar sind Erkrankungsfälle, die man als sog. Encephalitis enteritica acuta infectiosa begrifflich zusammenfaßt, bei denen plötzlich ein schweres Krankheitsbild mit Fieber, profusen Durchfällen und encephalitischen Symptomen entsteht. Differentialdiagnostisch ist natürlich an die Säuglingstoxikose zu denken, welche aber einem jüngeren Lebensabschnitt zugehört. Überhaupt muß man zugeben, daß eine gewisse Zahl von Encephaliden ätiologisch ungeklärt ist, weshalb Ausdrücke wie „Grippe-encephalitis“ gebräuchlich sind. Bei keiner Virusencephalitis besteht eine spezifische Therapie. Symptomatisch müssen Antipyretica, Sedativa, hochdosierte Antibiotica und Cortisonpräparate Anwendung finden. Entlastungspunktionen, gute Pflege und vor allem Freihaltung der Atemwege sind ebenso wichtig. Bei der Therapie der bakteriellen Meningoencephaliden liegt das Hauptgewicht auf einer Frühbehandlung, welche eine Frühdiagnose voraussetzt, zu der alle, insbesondere auch die freipraktizierenden Ärzte, beitragen müssen.

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. W. KRÜCKE, Frankfurt a. M.:

„Zur Morphologie allergisch bedingter Encephalopathien“

Zwar kann man 3 Hauptsyndrome der Encephalopathien herauschälen — die Parenchymschädigung, die Circulationsstörungen und die Entzündungen — doch sind bei den einzelnen Erkrankungen Übergänge in das eine oder andere Stadium denkbar und nachweisbar. Das Thema kann nicht als eine systematische Darstellung aller entzündlich bedingten Encephalo-

macht dicke Beine wieder dünn

Das Spezifikum für den ödematösen varikösen Symptomenkomplex bringt nachweisbare Therapieerfolge durch sanfte Dehydrierung und intensive Gefäßabdichtung.

Sanol-Arzneimittel Dr. Schwarz GmbH · 4019 Monheim

sanol

**arznei-
mittel**

pathien gedacht sein, vielmehr sollen neuere Erkenntnisse einzelner Krankheitsbilder herausgegriffen sein.

Relativ neu ist das Bild der Herpes-Encephalitis mit rasch fortschreitenden klinischen Symptomen bis zum Coma. Hinzu kommen Hyperkinesen verschiedener Art, die Stunden bis Tage andauern, später Halluzinationen mit Geruchs- und Geschmackswahrnehmungen, das sog. Uncinatussyndrom, und außerdem findet man eine Alteration des Gyrus hypocampi und des limbischen Systems. Morphologisch zeigt sich eine haemorrhagische Encephalitis mit nekrotisierenden Herden. Der Virusnachweis aus diesen Bezirken ist geführt worden.

Für die parainfektösen oder postinfektösen Virusencephalopathien ist nach einiger Diskussion heute offenbar der entzündliche Charakter gesichert. Man findet in vielen Fällen eine typische perivenöse Entzündung, teils in der grauen und weißen Substanz, teils im Rückenmark, wie ganz vereinzelte Fälle nach oraler Polioschluckimpfung demonstrierten. In den Herden kommt es vor allem zu einer Entmarkung, aber auch stellenweise zu einem Befall der Achsenzylinder. Auch bei Fällen von Poliomyelitis selbst sind vereinzelte Entmarkungsherde gefunden worden, was zur Diskussion stellt, ob das Poliovirus zu denjenigen gehört, welche eine Entmarkungencephalomyelitis auszulösen vermögen. — Seltene Beobachtungen beschreiben Fälle von haemorrhagischer Leukoencephalitis, welche klinisch foudroyant verlaufen waren und morphologisch ausgedehnte, haemorrhagisch entzündliche Schwellungszustände einer Hemisphäre erkennen ließen. Die Ätiologie dieser akuten Encephaliden blieb bisher ungeklärt. Ein Virusnachweis konnte nicht geführt werden. Man diskutierte allergische Reaktionen und sprach auch von einer hyperakuten Form der perivenösen Encephalitis. Das Auftreten ist nicht altersgebunden, es scheint eine mehr encephalitische und eine mehr spinale Form zu geben. Der Hinweis auf dieses ätiologisch also noch recht unklare Krankheitsbild — es tritt auch ohne sichere Vorkrankheit auf — ist deshalb bedeutsam, weil möglicherweise doch von Morphologen encephalitische Bilder als postvaccinale Reaktionen bei zufälligem zeitlichem Zusammentreffen fehlgedeutet wurden. Vielleicht sollte man sich erinnern, daß nach hohen Antibiotica-dosen, wie sie in der Anamnese immer wieder zu finden sind, ähnliche haemorrhagisch-encephalitische Reaktionen auftreten könnten, wie dies früher von Salvarsan und hohen Penicillindosen schon berichtet wurde.

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. H. KALM, Dortmund:

„Entzündliche nicht erregerbedingte Erkrankungen des Hirns in Symptomatologie und Therapie“

Vom klinischen Standpunkt betrachtet, ordnen sich dem Thema folgende Krankheitsgruppen ein: Die diffuse Sklerose, die disseminierte Encephalomyelitis, die postvaccinöse Encephalitis und die parainfektösen Encephalomyeliden.

Die diffuse Sklerose als entzündlich bedingtes Krankheitsbild ist vor allem ein differentialdiagnostisches Problem der Neurologie. Die Abgrenzung gegenüber der blastomatösen oder degenerativen Erkrankungsform ist mehr eine klinische Vermutung, wenn die Symptomatik — Amaurose, progressive Verblödung, Krämpfe und extrapyramidale Erscheinungen — ohne erbliche Belastung im jugendlichen und Erwachsenen-

alter bis zu 40 Jahren auftreten. Da das kausale Geschehen durchaus noch nicht sicher geklärt ist, muß man sich mit therapeutischen Versuchen begnügen, wie sie bei Corticosteroiden mitunter einen vorläufigen Erfolg bringen können. In jedem Fall bleibt ein intracranial raumfordernder Prozeß auszuschließen. Der Verlauf muß auch die Differentialdiagnose gegenüber der multiplen Sklerose diskutieren.

Die parainfektösen und die postvaccinösen Encephalomyeliden zeigen klinisch manche Gemeinsamkeit. Die neurologische Komplikation tritt etwa im selben Intervall nach Impfung oder Infektion auf. Wichtig ist, daß außer der mehr encephalitischen und myelitischen Form auch eine lymphocytär meningitische Ausprägung des Krankheitsbildes mit Übergang zu Polyneuritis bestehen kann. Es ist auch hervorzuheben, daß Zweiterkrankungen an parainfektösen Encephalomyeliden bisher nicht bekannt wurden. Eine chronische Verlaufsform gibt es nicht, mitunter wird eine solche vorgetäuscht, da Entwicklungsrückstände erst später bemerkbar werden. Wenn aber die Progredienz nicht abzustreiten ist, so muß die Diagnose nochmal kritisch revidiert werden. Dies ist vor allem auch gutachtlich bedeutungsvoll.

Die neurologische Symptomatologie der disseminierten Encephalomyelitis ist nie auf einen Herd zu beschränken, sie vertäuft in Schüben und ist geradezu charakterisiert durch den wechselnden Befall verschiedener Areale. Dem bekannten klinischen Bild wäre hinzuzufügen, daß der Schmerz — fehlgedeutet als Osteochondrose, Stirnkopfschmerz bei Tumoren oder ähnliches — nicht von der Diagnose einer MS abzulenken braucht und daß ein affektabhängiger Tremor nicht gleich als psychogen bedingt eingeordnet werden sollte. Es sind sogar Fälle bekannt, in denen eine beidseitige Stauungspapille bestand und die neurochirurgische Diagnostik keinen raumfordernden Prozeß nachweisen ließ. Unterhalb des 15. und oberhalb des 60. Lebensjahres sollte man mit der Diagnose einer Erstmanifestation größte Bedenken haben. Ein wichtiger differentialdiagnostischer Fortschritt ist die Liquorelektrophorese. Bei nur wenig erhöhtem Gesamteiweiß findet sich eine deutliche Vermehrung der Gamma-Globulinfraktion, wenigstens in vielen Fällen. Unter den allgemein bekannten Problemen der Führung von MS-Patienten sind zwei Dinge hervorzuheben: Die Frage nach dem Führerschein, welche ja nicht gesetzlich geregelt ist. Sie muß aus ärztlicher Verantwortung für den Patienten und für die Allgemeinheit entschieden werden; denn bei cerebellärer Ataxie, Extremitätenlähmung oder deutlicher Wesensveränderung besteht zweifellos Fahruntüchtigkeit. Die zweite strittige Frage ist die der Schwangerschaftsunterbrechung. Die Geburt ist zweifellos eine der stärksten Stimulationen für einen neuen Schub, doch kommt die Unterbrechung diesem Faktor gleich. Es ist also ärztlicherseits nicht einzusehen, warum eine Schwangerschaft bei einer disseminierten Encephalomyelitis unterbrochen werden soll.

Die therapeutische Problematik liegt in der Frage nach Dauermedikation oder vorübergehender Applikation von Corticosteroiden bzw. ACTH. Hierzu können Erfahrungen mit Dexamethason in einer Dauergabe über 9 Monate bis zu 3 Jahren mitgeteilt werden. Während die unter ACTH-Medikation so eindrucksvollen Besserungen im akuten Schub nach wenigen

Wochen meist leider wieder verlorengingen, sind nach Dauermedikation bei einer ganzen Reihe von Patienten neuerliche Defekte vermieden worden und es war erfreulich zu sehen, wie die Arbeitsfähigkeit über lange Zeit erhalten blieb. Leider sind unter den sog. Chronisch-Kranken schon fortgeschrittenere Defekte neurologischer Art eingetreten, so daß verständlich werden kann, warum in dieser Gruppe die größten Versager auch der Dexamethason-Behandlung liegen.

Aus dem Vortrag von Priv.-Doz. Dr. J. PFEIFFER, Gießen:

„Die hereditären und erworbenen metabolischen Encephalopathien in Pathogenese, Prognose und Therapie“

Das Bild des schwachsinnigen Kindes war bis vor kurzem begleitet von einem therapeutischen und damit auch prognostischen Pessimismus. Die Fortschritte der letzten 10 Jahre, insbesondere auf dem Gebiet der Enzymforschung, haben uns aber aufmerksam gemacht, daß hereditäre, manchmal auch erworbene, Defekte innerhalb von Enzymstrukturen metabolische Entgleisungen mit sich bringen, welche dann die traurige Symptomatik bewirken. Bei den angeborenen Enzymopathien kann man folgenden Einteilungsversuch unternehmen:

1. primär-extrazelluläre Stoffwechselstörungen mit Rückwirkungen auf das Cerebrum, wie z. B. der Diabetes und einige tubuläre Insuffizienzen;
2. generalisierte Stoffwechselerkrankungen, wobei zu trennen wären die autochthon in Erscheinung tretenden, wie die Galaktosämie, und die mehr provozierbaren, wie die Porphyrie;
3. verbleiben dann die rein und primär am Zentralnervensystem angreifenden Störungen, wie die Lipoidosen und die Leukodystrophien.

Bei der Vielzahl der in diese Einteilung vermutungsweise oder bekannterweise zuzuordnenden Encephalopathien ist es nötig, sich auf spezifisch pädiatrische Krankheitsbilder zu beschränken. Leitsymptom ist bei fast allen der epileptische Krampf, die Ernährungsstörung und schließlich die Wachstums-Retardierung.

Die Leucinhypoglykämien haben normalen Nüchternblutzucker. Erst nach einer eiweißreichen Nahrung kommt es zu den typischen Hypoglykämien. Das in jeder Eiweißkost enthaltene Aminoleucin ist für eine vermehrte Insulinausschüttung verantwortlich zu machen, so daß therapeutisch hohe Kohlehydratzusätze erforderlich sind.

Ein anderes, sehr interessantes Krankheitsbild ist die Pyritoxinmanglepilepsie, d. h. Krampfanfälle, die auf Gaben von Vitamin B₆ sistieren. Die fortlaufende Substitution dieses Vitamins gewährleistet auch eine normale Entwicklung. Die Diagnose erfolgt nur ex juvantibus. Eine autochthon auftretende, generalisierte Stoffwechselerkrankung ist die Ahornsirupkrankheit. Schon in den ersten Lebenswochen ist Nahrungsverweigerung, Erbrechen und der eigenartige Sirupperuch des Urins auffallend; die Diagnose wird gesichert durch einen Nachweis von vermehrtem Leucin, Isoleucin und Valin im Urin. Therapeutisch wäre eine entsprechende Diätkost anzuwenden, allerdings frühzeitig genug, da einmal entstandene Schäden nicht mehr rückgängig zu machen sind. Eine weitere, prophylaktische Aufgabe ist aber die Heterozygotensuche durch sog. Belastungstoleranzteste, in diesem Fall z. B. durch intravenöses Angebot von Leucin. Ein weiteres Krankheitsbild ist

die Phenylketonurie mit den erwähnten Krankheits-symptomen etwa nach dem ersten halben Jahr bis Jahr. Genauer gesagt wird Phenylalanin nicht zu Tyrosin umgebaut, wodurch sich das eine anhäuft, das andere dem Körper fehlt, mit allen Störungen, die sich daraus für den Hormonaufbau der Nebennieren und den Melaninstoffwechsel ergeben. Bei ausgesprochen hellhäutigen Säuglingen sollte der Windeltest mit Ferrichlorid (5%/ig) gemacht werden, im positiven Fall gibt es eine intensive Grünfärbung. Die direkte Untersuchung des Phenylalanins im Blut würde eine Diagnose zu einem noch „rechtzeitigeren“ Zeitpunkt, nämlich in der Neugeborenen- und frühen Säuglingsperiode gestatten. Ein interessantes Bild ist dann die Galaktoseintoleranz, an welche man denken sollte, wenn beim Auftreten cerebraler Symptomatik die Allgemeinuntersuchung eine Diskrepanz zwischen den einfachen Reduktionsproben im Urin und den mit den Glukoteststreifen verseuchten Nachweisen besteht. Therapeutisch-diätetisch ist ein strenges Milchverbot und eine Beschränkung auf tierische Eiweißzufuhr erforderlich.

Unter den primär das Zentral-Nervensystem berührenden Stoffwechselstörungen wäre zu nennen die Wilsonsche Krankheit, beginnend am Anfang der Pubertät. Pathogenetisch fehlt das Ceruloplasmin, welches Kupfer zu binden vermag. Die Symptomatik der übertriebenen Kupferspeicherung ist ja bekannt. Ein therapeutischer Fortschritt ist das Penicillamin, welches die Schwermetalle abfängt. In neuester Zeit wurde bei der Chorea Huntington eine Strontiumanreicherung im Gehirn gefunden. Außerdem gibt es Systemerkrankungen durch Eisenpigmentstörungen, die exakten pathogenetischen Zusammenhänge müssen noch geklärt werden. — Von den Lipoidosen sind bekannt die amaurotische Idiotie, die Niemann-Picksche Erkrankung und der Morbus Gaucher. Hinzu kommen heute der Gargoilismus und die metachromatische Leukodystrophie. Die Prognose dieser Gruppe ist leider nach wie vor recht düster.

Die Porphyrie hat das Schicksal, lange unter einer Fehldiagnose zu laufen. Unklare abdominelle Beschwerden lassen an chronische Appendicitiden denken. Nach der Operation provoziert die stattgehabte Barbituratnarkose dann hysteriforme Bilder. In Wirklichkeit bestehen Lähmungen als Folge einer akut provozierten Porphyrie. Die Diagnose läßt sich sichern durch Bestimmung des Porphobilinogens im Harn, oder noch einfacher durch die umgekehrte Aldehydprobe. Therapeutisch ist an der Spitze die Vermeidung von Provokationen (Barbiturate, Doriden, Sulfonamide etc.).

Wenn wir wissen, daß in unserer Bevölkerung 3% Schwachsinnige sind, wird uns bewußt, welche Aufmerksamkeit wir solchen „Raritäten“ zu widmen hätten.

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. H. J. BAUER, Göttingen:

„Der heutige Stand der Kenntnisse von den toxischen Encephalopathien“

Die moderne Physiologie und Biochemie hat die Pathogenese der Vergiftungen erst in jüngster Zeit so durchleuchtet, daß therapeutische Folgerungen gezogen werden konnten. Entstehung und Verlauf von toxischen Encephalopathien werden geprägt: 1. durch das Verhalten der Gifte gegenüber der Blut-Hirn-Schranke

Ärztliche Schweigepflicht gegenüber Versicherungs-Gesellschaften

Der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer weist auf folgendes hin:

Die weitere rechtliche Prüfung der Probleme um die ärztliche Schweigepflicht hat gegenüber den Lebensversicherungs-Gesellschaften zur Vereinbarung einer praktischen Handhabung unter grundsätzlicher Wahrung des ärztlichen Standpunktes geführt. Im Vertrag zwischen Hartmannbund und Lebensversicherern (vgl. die Veröffentlichungen in den „Ärztlichen Mitteilungen“ 1963, Heft 39, Seite 1949) ist dementsprechend vereinbart worden, welche Angaben die Lebensversicherungs-Gesellschaften dem Arzt, den sie um ein Gutachten usw. ersuchen, zu machen haben. Sie haben ihn davon zu unterrichten, daß bei ihnen eine Entbindungserklärung des Patienten vorliege. Dieser Hinweis mit Inhaltsangabe der Entbindungserklärung ist grundsätzlich für den Arzt ausreichend, um die gewünschten Angaben zu machen. Jeder Arzt, der im Einzelfall Zweifel an Umfang und Rechtsgültigkeit dieser Entbindungserklärung hegt, ist nach dem zitierten Verträge durch die Lebensversicherungs-Gesellschaft ausdrücklich darauf hinzuweisen, daß er unverzügliche Rückfrage halten möge. Auch eine zeitlich unbeschränkte Wirkung der Entbindungserklärung ist dadurch ausgeschlossen worden, daß die Lebensversicherungs-Gesellschaften von ihren Versicherungsnehmern nur Entbindungserklärungen verlangen und erhalten, deren Wirksamkeit auf 3 Jahre nach Antragstellung auf Abschluß des Lebensversicherungsvertrages begrenzt ist (abgesehen von der Schweigepflichtentbindung der Ärzte gegenüber den Lebensversicherungs-Gesellschaften, die über die seinerzeitige Todesursache aussagen können). Das wird im Wortlaut dem Arzt ebenso wie der Inhalt der Entbindungserklärung mitgeteilt. Darüber hinaus ist festzustellen, daß in rund 90% der Fälle die Patienten selbst dem Arzt ihre Wünsche hinsichtlich eines ärztlichen Zeugnisses für die Lebensversicherung vortragen und damit unmittelbar die Entbindung des Arztes von seiner Schweigepflicht erklären.

Gegenüber Haftpflichtversicherungs-Gesellschaften muß nach wie vor daran festgehalten werden, daß der Arzt von seinem Patienten jedesmal und ausdrücklich von der Schweigepflicht entbunden sein muß, wenn er Fragen für eine Haftpflichtversicherungs-Gesellschaft beantworten soll.

und die Störung des Stofftransportes im Gehirnparenchym; 2. durch die Oedembereitschaft des Gehirns; 3. durch Enzymblockierung verschiedener Gehirnareale bzw. -zellen; 4. durch die indirekte Erzeugung eines Substratmangels, welcher für die Hirnzelle essentiell erforderlich ist und 5. durch die extreme Empfindlichkeit des Gehirns gegenüber dem Sauerstoffmangel.

Die Durchlässigkeit der Blut-Liquor-Schranke für Gifte entspricht einer allgemeinen Gesetzmäßigkeit, wonach beispielsweise das Kohlenmonoxyd, die Narkosemittel, lipoidlösliche Substanzen und organische Schwermetallverbindungen besser diffundieren als anorganische. Bei epidemieartigem Auftreten von Encephalopathien wird zuerst eine infektiöse Genese, vor allem virusbedingt, diskutiert und leider nicht in der gleichen Intensität nach echten toxischen Ursachen gefahndet. Gerade für die organischen Schwermetallintoxikationen gibt es viele Beispiele einer regional auftretenden, epidemieartigen Encephalopathie, welcher ein neu entwickeltes Arzneimittel oder indirekt eine Wasserverunreinigung etc. zugrunde lag. Am Beispiel des Quecksilbers läßt sich zeigen, daß die anorganische Quecksilberintoxikation, wie sie früher bei verschiedenen Berufszweigen vorkam, eine psychische Labilität und einen hochgradigen Tremor hervorzurufen vermag, wogegen die organische Quecksilbervergiftung ausgesprochene Hirnstammsymptome mit schweren Regulationsstörungen nach sich zieht. Analoges kann von der Bleivergiftung aufgezeigt werden, welche heute vor allem auch durch die viel verwandten Antiklopfmittel der Benzine zunehmende Bedeutung gewinnen. Beim Blei kann der Blutspiegel zu einem Hinweis-symptom für die Schwere der Erkrankung werden; denn Werte über 60 gamma% sind als absolut toxisch anzusehen. Interessanterweise wird ein großer Teil des Bleies zunächst in Knochendepots abgelagert und kann dann bei ganz anderen Erkrankungen, insbesondere Acidosen, wieder mobilisiert werden und zu einer Art endogenen Bleiintoxikation Anlaß sein. Andererseits zeigt sich in dieser Beobachtung eine therapeutische Möglichkeit. BAL, Penicillamine und Gelate, wie EDTA, können eliminierend wirken, u. U. auf oben angeführtem Weg auch die Depots ausschwemmen. Als Beispiel für die Enzymblockade in der Pathogenese der Encephalopathien kann die Reihe der Organophosphate, also der Insektenbekämpfungsmittel, angeführt werden. Diese Stoffe vermögen die cholinergischen Synapsen zu inaktivieren und damit sowohl an den Muskelendplatten als auch innerhalb des Gehirns regulativ zu schädigen. Der chemische Antagonist dieser Intoxikation ist PAM, welches das blockierte Enzym zu reaktivieren vermag. Neuerdings scheint „Lü H 6“ noch intensiver, rascher und zudem oral wirksam, einen Fortschritt in dieser Richtung zu bringen.

Als Beispiel für die selective Vulnerabilität verschiedener Vergiftungsformen sei die Manganencephalopa-

Röntgen- und elektromedizin. Apparate **KURT PFEIFFER** Ärzte- und Krankenhausbedarf
FRANKFURT/M. - S., Gartenstraße 114
Ruf 68 31 31 und 68 31 32

NURNBERG, Gleisbühlstraße 7
(Ecke Marienstr., Cancardiahau), Ruf 20 39 03

Generalvertretung der Firmen

Albert Dargatz, Hamburg · Röntgenwerk F. Hofmann, Erlangen · Fritz Schwarzer, München · Disa Elektronik, Kopenhagen

► **Projektiertung und Ausführung kompletter Ärzte- und Krankenseinrichtungen** ◀

Besuchen Sie bitte unsere Ausstellungsräume!

thie, ein seltenes Krankheitsbild, genannt. Es kommt zu schweren, parkinsonähnlichen Syndromen, welche auf Stammganglienschädigungen zurückgehen. Außerdem sind als selective Schädigungen die des 8. Hirnnerven durch Streptomycin, des Tractus opticus durch Methylalkohol, der großen Ganglienzellen des Nucleus ruber durch Thelur und noch andere bekannt.

Der Alkoholismus kann neben den anderen bekannten Erscheinungsformen neurologischer Art zur Wernicke'schen Encephalopathie führen. Im Grund genommen handelt es sich dabei um einen oben schon angesprochenen Substratmangel, nämlich B 1. An den Alkoholismus angrenzend wären alle übrigen Suchtintoxikationen zu besprechen, deren Entdeckung nur eine gründliche Anamnese zugänglich macht. Bei Verdacht kann dann den objektiven Methoden der Analyse von Exkreten, Magensaft etc. mit Hilfe der modernen Dünnschichtchromatographie der weitere Nachweis überlassen werden. Insbesondere die Suche nach den heute allzu vielfältig möglichen Arzneimitteltintoxikationen ist damit entschieden erleichtert.

Die größte Gefahr für das Gehirn quoad vitam und mit Hinblick auf die drohenden Defektzustände ist die Anoxie. Mit Abstand das wichtigste Beispiel ist die CO-Intoxikation, welche 30% der Vergiftungen überhaupt ausmacht. Es gibt dabei eine heimtückische Verlaufsform, bei der die akuten Symptome zunächst gut abklingen, als ob alles vorbei wäre, dann nach Tagen oder Wochen aber schwerste Störungen und Gefahren durch einen allgemeinen Zusammenbruch des Gehirngewebes mit diffuser Entmarkung nachfolgen.

Zuletzt müssen noch zwei Vergiftungsformen Erwähnung finden, welchen letztlich dieselbe Pathogenese zugrunde liegt; die des Kochsalzes und die des Wassers. Dieses Problem tritt vor allem durch die moderne Infusionstherapie stärker hervor. Hypernatriämie vermag Unruhe, Convulsionen, Bewußtseinstrübung bis zum Coma bedingen. Ganz allgemein soll bei solchen Symptomen nach Entgleisungen des Wasserelektrolytverhältnisses gesucht werden. — Auf die Novocainencephalopathie muß hingewiesen werden, um dringend vor intrathecaler Anwendung zu warnen.

W-r.

Boxberger-Stiftung

Der Boxberger-Preis 1965 wurde vor kurzer Zeit ausgeschrieben. Der Preis, der mit 5000 DM dotiert ist, wird für Arbeiten über die natürlichen Heilschätze Bad Kissingers, deren Wirkung und Anwendung, verliehen. Neben dem Boxberger-Preis 1965 kann eine weitere der eingereichten Arbeiten mit einem Preis in Höhe von 2000 DM ausgezeichnet werden. Über die Teilnahmebedingungen gibt die Boxberger-Stiftung, Bad Kissingen, Postfach 69/71, Auskunft.

PERSONALIA

Dr. Daniels Präsident des Bundesgesundheitsamtes

Dr. med. Josef DANIELS, Ministerialrat und Unterabteilungsleiter im Bundesgesundheitsministerium, wurde auf Beschluß des Bundeskabinetts zum neuen Präsidenten des Bundesgesundheitsamtes in Berlin ernannt. Der bisherige Präsident, Professor Dr. LIESE, trat wegen Erreichung der Altersgrenze in den Ruhestand. Die Amtsübergabe fand am 31. Juli 1964 in Anwesenheit von Frau Bundesministerin Dr. SCHWARZHAUPT in Berlin statt.

Dr. Ernst Hense 70 Jahre

Am 5. August 1964 beendete Dr. Ernst Hense das 70. Lebensjahr. Dies ist ein willkommener Anlaß, des Wirkens des Jubilars zu gedenken, der durch Jahrzehnte am Standesleben der bayerischen und deutschen Ärzte rege teilnahm. Hense, aus einem alten Allgäuer



Bauerngeschlecht entstammend, wurde in Lindau geboren. Nach Besuch des Humanistischen Gymnasiums in Neuburg a. d. Donau studierte er an der Universität München Medizin. Im 1. Weltkrieg war er vorerst bei der Truppe eingesetzt, nach Abschluß seiner Studien wurde er Feldunterarzt. Eine schwere Kriegsbeschädigung beendete hier seine Tätigkeit. Nach besonderer Ausbildung unter Friedrich von Müller, von Zumbusch und Polano, ließ Hense sich in München als praktischer Arzt nieder. Im Jahre 1920 wurde er Mitbegründer des Vereins der praktischen Ärzte Bayerns. Bald wurde er Vorstandsmitglied im Ärztlichen Bezirksverein München. Im 2. Weltkrieg wurde er als Bereitschaftsführer der Luftschutzpolizei eingesetzt. Nach 1945 stellte sich Hense sofort beim Aufbau der ärztlichen Standesorganisation zur Verfügung. Besonders verdienstvoll war jetzt sein erfolgreiches Wirken, Münchner Ärzten und Flüchtlingsärzten Praxis- und

RECORSAN®

RECORSAN-LIQUID, c. Rutin
zur Crataegus - Kombinationstherapie des Altersherzens

30 ccm lt. A.T. DM 2,10 o. U.

RECORSAN-GMBH. APOTHEKER REINHARD & SOHN · MÜNCHEN · GRAEFELING

Wohnraum zu beschaffen. Vom 1. kommissarisch eingesetzten Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer wurde er in den Vorstand derselben berufen. Zweimal wurde er bei den Wahlen zur Bayerischen Landesärztekammer zum Vizepräsidenten gewählt. In jener Zeit war der Bestand der Landesärztekammern durch das Eingreifen der Besatzungsmacht in Frage gestellt. Gemeinsam mit dem damaligen Präsidenten Dr. Weiler gelang es, die bewährte Einrichtung der Landesärztekammer vorerst in Bayern zu erhalten. Die anderen Ärztekammern konnten sich nun auf dieses Beispiel berufen. Hense gehörte zeitweise auch dem Geschäftsführenden Vorstand der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern an. Auch die Neugründung der Kassenärztlichen Vereinigung findet ihn an leitender Stelle. Er wandte sich, vereint mit Dr. Landauer, gegen die Verordnung 66, durch die den Oberversicherungsämtern die Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit übertragen wurde. Mit Dr. Landauer wurde er vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge beauftragt, die Kassenärztliche Vereinigung bis zur endgültigen gesetzlichen Regelung zu vertreten. Als Vertreter Bayerns war er nun auch in der Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen tätig. Mehrmals wurde Hense zum 1. Vorsitzenden der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns gewählt. Vom Bayerischen Staatsministerium wurde Hense erstmals 1948 (und weiterhin) in den Obermedizinalausschuß in Bayern berufen. Im Ärztlichen Bezirksverein München, dem er nach 1945 durch mehrere Jahre als Vorstandsmitglied und als 2. Vorsitzender angehörte, wurde er nach dem Tode Landauers zum 1. Vorsitzenden gewählt. In gespannten Situationen gelang es seiner klugen Vermittlertätigkeit, Wege der Lösung zu finden. Mit besonderem Dank und Herzlichkeit muß bei der Rückschau auf die verdienstvolle Arbeit für die Ärzteschaft dieser aufbauenden Tätigkeit Henses gedacht werden. Die besten Wünsche gelten seinem Wohlbefinden und ferneren Wirken.

Professor Lange 65 Jahre

Am 28. Juli wurde Professor Dr. Max LANGE 65 Jahre alt. Prof. LANGE ist Inhaber des Lehrstuhls für Orthopädie an der Universität München und Leiter der Orthopädischen Universitäts-Poliklinik und der Orthopädischen Klinik in München. Sein Ziel ist, die Unfallheilkunde mit der Orthopädie enger zu verbinden. Diesem Zweck dient vor allem das von ihm 1953 gegründete Internationale Jahrbuch für Wiederherstellungschirurgie und Traumatologie, das unter seiner Leitung einen Mitarbeiterstab aus 18 Ländern umfaßt und in Deutsch, Französisch und Englisch erscheint. Er gehört dem wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer und des Bundesarbeitsministeriums an; außerdem ist er Ehrenmitglied des International College of Surgeons.

Bundesverdienstkreuz I. Klasse an Dr. Ortner verliehen

Herrn Dr. Ludwig ORTNER, ehemals Landarzt in Erding, wurde für seine Verdienste in den Landesvertretungen das Bundesverdienstkreuz I. Klasse verliehen. Herr Kollege ORTNER war viele Jahre hindurch im Ärztlichen Kreisverband Erding tätig, dessen

2. Vorsitzender er von 1945 bis zu seinem Ausscheiden im Jahre 1963 war. Daneben hat der Kollege viele Jahre als Vertrauensmann bei der Kassenärztlichen Vereinigung Oberbayern in der Honorarprüfungskommission mitgewirkt. In den ersten Nachkriegsjahren hatte er sich mit großem Einsatz um die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung bemüht.

Ob.-Med.-Rat Schüppert 80 Jahre

Am 11. September feierte OMR i. R. Dr. SCHÜPPERT in Mainz seinen 80. Geburtstag. Der Jubilar hat sich als Leiter der Zentrale zur Bekämpfung der Unlauterkeit im Heilgewerbe große Verdienste erworben.

FAKULTÄT

München

Die Bezeichnung „apl. Professor“ wurde verliehen an: Priv.-Doz. der Chirurgie Dr. Werner GRILL und Priv.-Doz. der Inneren Medizin Dr. Hans BLÖMER.

Dem emeritierten o. ö. Prof. für Pharmakologie, Toxikologie und Chemotherapie, Dr. med. Dr. phil. August Wilhelm FORST, wurde anläßlich der Feier des 50jährigen Bestehens der Tierärztlichen Fakultät der Universität München am 25. 7. 1964 der Ehrendoktor (Dr. med. vet. h. c.) der Tierärztlichen Fakultät verliehen.

Prof. Dr. med. Dr. med. h. c. A. MARCHIONINI, ordentlicher Professor für Haut- und Geschlechtskrankheiten, wurde als Nachfolger von Sir Aldo CASTELLANI zum Präsidenten der Internationalen Gesellschaft für Tropische Dermatologie gewählt.

Der Privatdozent für innere Medizin, Dr. H. MEHNERT, wurde für fünf Jahre zum Mitglied des Sachverständigenkomitees für Diabetes bei der Weltgesundheitsorganisation gewählt.

Würzburg

Der apl. Professor Dr. Hans CAIN, Oberarzt am Pathologischen Institut der Universität Würzburg, wurde zum ärztlichen Direktor des Pathologischen Instituts am Katharinenhospital in Stuttgart gewählt. Professor CAIN hat die Wahl angenommen.

Der Associate Professor an der Universität von Pennsylvania, Dr. Eberhard WECKER, wurde zum außerordentlichen Professor der Virologie an der Universität Würzburg ernannt.

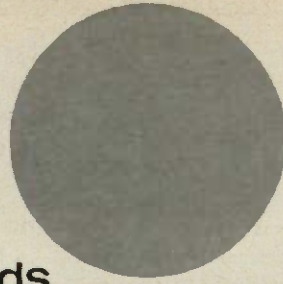
Die Bezeichnung „apl. Prof.“ wurde verliehen an Privatdozent Dr. Gerhard HEINRICH (Chirurgie), Universitätsdozent Dr. Dietrich HENSCHLER (Pharmakologie und Toxikologie), Privatdozent Dr. Helmut KLEINFELDER (Innere Medizin).

Zu Privatdozenten wurden ernannt:

- Wiss. Ass. Dr. med. Oskar BANDTLOW für „Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde“,
- Wiss. Ass. Dr. med. Franz JAISLE für „Geburtshilfe und Frauenheilkunde“,
- Wiss. Ass. Dr. med. Ludwig PIPPIG für „Innere Medizin“.



Abends



Laxagetten®



Das Laxativum

jetzt auch als Dragées

Chemische Fabrik Tempelhof
Preuß & Temmler,
1 Berlin 42

FEUILLETON

Die Allgäuer Rasse

Es gibt fünferlei Menschenrassen: die schwarze, die rote, die gelbe, die weiße und die Allgäuer Rasse. Dies ist die landläufige Meinung, wiewohl die Wissenschaft das Dogma von der Allgäuer Rasse bis jetzt noch nicht anerkannt hat. Aber man hat ja ausreichend Belsplele dafür, daß die Wissenschaft sich irren kann.

Die Allgäuer Rassenlehre führt für ihre Richtigkeit eine Reihe trefflicher Gründe ins Feld, deren erster bereits so einleuchtend ist, daß es eigentlich keinen Zweifel mehr geben sollte. Man weist nämlich darauf hin, daß ja auch das graubraune Allgäuer Gebirgsvieh eine eigene berühmte Rasse sei und folgert daraus gemäß der lateinischen Regel „Quod licet bovi etiam licet Algovi“, daß, was dem Allgäuer Rind zugebilligt werde, auch dem Allgäuer Menschen gestattet sein müsse. Ein klarer Standpunkt, den man gelten lassen sollte.

Bis hierher war die Sache verhältnismäßig einfach, so daß auch der Laie unseren Ausführungen noch einigermaßen zu folgen vermochte. Die Objektivität erfordert jedoch, auch die Argumente der Gegenseite zu hören, deren extremste Richtung behauptet, es könne von einer speziellen Allgäuer Rasse keine Rede sein und die Allgäuer seien nur ein Teil des großen schwäbischen Stammes, wenn auch zugegebenermaßen ein besonders edler Teil. Hundert Gründe führen jene ins Treffen, die den Allgäuern ihre eigene Rasse nicht gönnen wollen und die am liebsten beweisen würden, daß die Allgäuer Schwaben sein müssen, ganz gleich, ob sie wollen oder nicht. Solches aber muß den lauten Widerspruch vieler Allgäuer herausfordern, die sich gerne alles mögliche nachsagen lassen, nur nicht das eine, daß sie Schwaben seien.

Der Verfasser, von dem man Aufschluß darüber erwartet, welche der beiden Meinungen nun die richtige sei, diejenige der Verkünder des Allgäuer Rassendogmas oder diejenige ihrer Widersacher, die den Allgäuer vom Schwaben abstammen lassen möchten, ist vor eine schwere Entscheidung gestellt. Wie er sie auch treffen mag, es wird ihn darob nur ein Teil seiner Landsleute preisen, während der andere ihn verdammen muß. Deswegen möchte sich der Autor vorerst darauf beschränken, zunächst einmal die wichtigsten gesicherten Erkenntnisse über den Allgäuer Menschen zusammenzustellen.

Um ein genaues Menschenbild des Allgäuers zu gewinnen, ist sowohl die Betrachtung seines anatomischen Aufbaues wie seiner inwendigen Beschaffenheit vonnöten.

Die Erkenntnis, daß man in die Leute nicht hineinsieht, verdient im Umgang mit Allgäuern besondere Beachtung. Der Allgäuer ist weder ein treuherziger Naturbursche, noch ein naives Kind der Berge. Es gibt da zwar einen Spruch im Schwäbischen, der heißt:

Aufrecht und gradraus,
Guetmüetig bis obenaus,
Wenns sei' mueß, saugrob,
So isch der Schwob.

Man kann diese Behauptung nicht selten auf Biergläsern und Schützenscheiben lesen und nimmt sie deswegen mit Stillschweigen als zutreffend hin. Wir

sind jedoch der ketzerischen Meinung, daß diese gereimte Stammesdiagnose nicht zutrifft, insbesondere nicht auf die Allgäuer Rasse, die wir zu kennen glauben. Der Allgäuer ist weder aufrichtig noch gradraus; und wenn es ihm manchmal etwas oben beim Halskragen herausdrückt, dann ist dies nicht die überquellende Gutmütigkeit. Er ist aber dafür auch nicht, wenn's sein muß, saugrob. Grob sind die Allgäuer höchstens in dem Sinn, daß bei ihnen immer alles um ein bis zwei Grad schwerer und klobiger herauskommt als bei anderen Nationen. Im Umgang mit Menschen aber ist der Allgäuer eher ein sogenannter „Leiser“.

Man sehe einem Allgäuer beim Tarocken oder Schafkopfen zu. Er mag die Hände voller Trümpfe und Asse haben, kein Freudenschimmer verklärt sein Antlitz; er bemüht sich eher um die Hervorbringung bekümmert Züge. Selbst dann, wenn seine Stunde gekommen ist, bleibt er ruhig. Er haut seine Herzas nicht, wie dies zum Brauchtum anderer Völkerstämme gehört, auf den Tisch, daß die Fensterscheiben klirren; er schmiert den blanken Eichelzehner nicht mit jenem urweltlichen Dröhnen, daß die der Verhältnisse unkundigen, neuangekommenen Sommerfrischler in den Schlafgemächern des ersten und zweiten Stockwerks sich in den Betten bekreuzigen. Wenn der Allgäuer Trümpfe ausspielt, legt er sie leise auf den Tisch. So macht er es auch im Leben. Selbst in Fällen, in denen ein Allgäuer übervorteilt wird, was allerdings ungemein selten geschieht, macht er die Sache, wenn irgend möglich, ohne laute Auseinandersetzung ab. Er ruft weder nach der Polizei noch droht er mit einer Organisation. Wir denken hier etwa an den „Verein zur Bekämpfung betrügerischen Einschenkens“, der in der Haupt- und Residenzstadt München den Groll benachteiligter Bierkonsumenten auf Vereinsebene erfaßt. Nichtorganisierte Betroffene hingegen pflegen jenseits des Lech ihre Rechte durch Einzelaktionen zu wahren. Diese spielen sich in der Regel so ab, daß laut und vernehmlich auf den Tisch geklopft wird. Glaubhaft berichtet man, daß einmal ein Gastwirt, durch die Androhung zahlreicher gewaltsamer Todesarten eingeschüchtert, dem tobenden Zecher das Geld für die beanstandete Maß durch die Kellnerin wieder auf den Tisch legen ließ. Der erzürnte Stammgast aber habe jene Silberlinge zurückgewiesen mit dem stolzen Bemerkung, er wolle kein Geld, er wolle schimpfen.

Ein Allgäuer hingegen, dem solches zustößt, wird nicht allsogleich beim Anblick des zu tief sitzenden Schaumstreifens gegen den Gaststätteninhaber und seine Blutsverwandten zu wüten anheben. Der Allgäuer bewahrt Haltung, und sollte das Bier drei Finger breit unter dem Eichstrich stehen. Kein noch so aufmerksamer Beobachter wird erkennen, was im Innern dieses Geschädigten vorgeht, während er anscheinend in Gleichmut sein Krügle leert. Der Kenner der Allgäuer Rasse aber ist im Bilde. Er weiß, daß jener, wie man zu sagen pflegt, dabei ist, seinen Zorn in sich hineinzudrücken.

Nun hat er sein Glas ausgetrunken und schon setzt sich der Herr Wirt in Bewegung, um gekrümmten Rückens zu fragen, ob vielleicht nochmals eines ge-

fällig wäre. Was wird geschehen? Niemand weiß es, ausgenommen der Kenner der Allgäuer Rasse, welcher dir sagen wird, daß nunmehr die Stunde jenes Menschen gekommen ist. „Nochmal ein Mäble gefällig?“ fragt der Wirt. „Jawohl“, sagt der Gastfreund, „no amol halbe vol wie vorher.“

Man muß sich bei den Allgäuern in acht nehmen. Sie vertragen zwar eine Portion Spaß, aber man soll letzteren nicht gar zu weit treiben in der Annahme, der Allgäuer werde schon rechtzeitig zu erkennen geben, wann es ihm zuviel wird. Dies wird nämlich nicht geschehen. Vielmehr wird jener, der vielleicht selber viel weniger Spaß versteht als er von anderen erwartet, bis zuletzt gute Miene machen und warten, bis sich ihm ein andermal eine Möglichkeit zur Heimzahlung mit Zins und Zinseszinsen bietet.

Die der Allgäuer Gesamtrasse eigentümliche Fähigkeit, Wirtschaftskrisen in Konjunkturen zu verwandeln, äußert sich beim einzelnen Individuum im blitzschnellen Erfassen und Ausnützen der Situation. Man braucht dabei nicht immer gleich an Weltwirtschaftsdepressionen zu denken; oft geht es nur darum, aus einer unangenehmen Lage herauszukommen. Dazu aber bedarf es nicht der Herbeiführung einer Konjunktur, sondern in der Regel nur einer guten Ausrede, welche, wie man sagt, ein rechter Allgäuer schneller findet als eine Maus ein Loch.

Eine gute Ausrede ist im Gegensatz zu einer schlechten Ausrede eine solche, bei der zwar auch jedermann spürt, daß alles gar nicht wahr ist, wo man aber so tun muß, als glaube man jedes Wort, will man sich nicht selbst ins Unrecht setzen.

Zum besseren Verständnis dieses etwas schwierigen Lehrsatzes bringen wir ein paar Beispiele.

Keine Ausrede im engeren Sinn, wohl aber ein recht passables Erfassen der Situation scheint uns im folgenden Fall vorzuliegen. In einem abgelegenen Häuslein, in dem zwei alleinstehende alte Frauen wohnten, sprach ein Bettler vor und fragte, ob man für ihn nicht eine alte Hose habe. Mannsbilderhosen hätten sie keine, sagte das eine der beiden Weible, in diesem Haus wohnten nur sie zwei Weiberleute. Wie nun der Bettelmann gerade wieder beim Hofgatter hinaus will, fällt dem anderen Weible ein, daß jener vielleicht den Plan fassen könnte, nachts bei ihnen einzubrechen. Blitzschnell erfaßt da unser Weible die gefährliche Situation und ruft dem verdächtigen Gesellen nach: „Gell, daß de's weisch, bei der Nacht hammer natürle allet a paar ghörige Mannsbilder bei eis!“

In einer ziemlich guten Ausrede gipfelt jenes beglaubigte Vorkommnis, das sich einmal in einem Allgäuer Gasthaus zugetragen hat. Da hatte ein Gast für 20 Pfennig Voressen bestellt. Mit diesem schonenden Ausdruck bezeichnet man im Allgäu saure Kutteln in brauner Soße. Nun wollte es in diesem Falle das Verhängnis, daß inmitten des Voressens, das im Suppenteller serviert wird, etwas zutage kam, was nicht einmal einem Voressen zur Zierde oder Würze gereichen konnte: ein Stück eines undefinierbaren Gewebes, vielleicht das Fragment eines Topflappens, eines Hemdkragens oder ähnliches, was im Rahmen einer Speisekarte üblicherweise nicht zu finden ist. Der zur Entgegennahme einer diesbezüglichen Beschwerde herbeigerufene Wirt war als Allgäuer jedoch um das rechte Wort nicht verlegen. „Ja mei lieber Ma“, sagte er bedauernd, „um zwanzg Pfennig ka l eu koin Persianer-

mantel ei'schneide lau.“ Wer ist jetzt im Recht? Antwort: Der Wirt. Und wer ist im Unrecht? Antwort: Der Gast; denn er verlangte offensichtlich, was für billiges Geld nicht geboten werden konnte, er verlangte Unbilliges. Ein solch virtuosos Erfassen der Situation ist, man wird es uns zugeben, mehr als eine gewöhnliche Ausrede. Ausreden sind nämlich im allgemeinen nur defensiv. Eine gute Allgäuer Ausrede aber ergreift die Offensive zum Zwecke der moralischen Vernichtung des Angreifers.

So auch in jenem harmlosen Fall, wo nicht der Wirt, sondern der Gast den Sieg davontrug, weil letzterer vom Stamme Allgäu war. Da erscheint in einem ziemlich vornehmen Lokal zu abendlicher Zeit ein Mann mit Hund. Der herbeieilende Gaststätteninhaber macht den Herrn diskret auf einen Wandanschlag aufmerksam, auf dem zu lesen steht „Mitnehmen von Hunden verboten“. Dies ficht indessen unseren Gast nicht weiter an; er setzt sich samt Hund an einen Tisch. Vielleicht kann er nicht lesen, vielleicht hat er auch nur seine Brille vergessen. „Mein Herr“ flüstert ihm nun der Gaststätteninhaber diskret ins Ohr, „darf ich Sie darauf aufmerksam machen, daß laut ortspolizeilicher Vorschrift das Mitnehmen von Hunden hier nicht gestattet ist?“ „Isch scho guet“, sagt darauf der Allgäuer, „i nimm ja gar koin mit, l bring ja oin.“

Keine gute Ausrede ist nach unserer Meinung, wenn etwa jemand dem Herrn Amtsrichter weismachen will, er habe ein Fahrrad an der Friedhofmauer gutgläubig in Besitz genommen, in der Annahme, der Eigentümer des Fahrrades sei gestorben.

Schon etwas besser ist die ebenfalls im Gerichtssaal geborene Ausrede jener Dame, die, wegen vorsätzlicher Körperverletzung angeklagt, sich darauf berief, sie habe den fremden Herrn, dem sie mit dem Schürhaken mehrmals auf den Kopf geschlagen hatte, in der Dunkelheit irrtümlich für ihren Mann gehalten.

Damit nun aber niemand auf den abwegigen Gedanken gerät, die von uns gerühmte Anpassungsfähigkeit und geschäftliche Beschlagenheit sei vielleicht nur eine geschichtliche Merkwürdigkeit, wohingegen diese lobenswerten Eigenschaften nachmals verkümmert und den Allgäuern von heute möglicherweise abhanden gekommen seien, bringen wir noch ein Exempel neueren Datums.

Es war im Jahre 1946, zu jener Zeit, da die Wellen der Entnazifizierung in Stadt und Land Gerechte und Ungerechte gleichermaßen bespülten und reinigten. In jener Zeit begab es sich, daß ein fremder Wanderer in einem Dorf des oberen Allgäus über dem Portal eines ansehnlichen Gebäudes in golden leuchtenden Lettern das geflügelte Wort „HJ-Heim“ erblickte. Wer sich im Geist in jene Tage zurückversetzen kann, wird uns beipflichten, wenn wir sagen, daß diese Aufschrift für die damaligen Verhältnisse ungewöhnlich war. Unser Wandersmann verfügte denn auch über genügend Vorstellungskraft, um sich ausmalen zu können, was den Verantwortlichen aus der Belassung jener unzeitgemäßen Überschrift notgedrungen erwachsen mußte. Deshalb fragte er den erstbesten Dorfbewohner, der ihm über den Weg lief, warum man denn um Gottes und aller Heiligen willen diese provozierenden Spuren einer unerwünschten Vergangenheit noch nicht beseitigt habe. „Sie dürfen doch heutzutage hier kein HJ-Heim mehr haben, unglücklicher Mann!“ Der brave Landmann aber kam weder aus der Ruhe noch in Ver-

legenheit. „HJ-Helm?“ meinte er in überzeugender Unschuld, „des heißt Herz-Jesu-Heim.“ Aus Krise mach Konjunktur, haben wir gesagt.

Nun wird natürlich auch im Allgäu, insbesondere wenn es zu weitläufigeren Auseinandersetzungen kommt, nicht ausschließlich mit elegantem Florett gefochten. Es ereignet sich zuweilen, daß ein Allgäuer entgegen der Parole seiner Rasse, die Leute nie wegzwerfen, sondern nur mehr oder weniger sanft wegzulehnen, sich zu lauten und derben Meinungsäußerungen hinreißen läßt, vor allem dann, wenn er durch seine Schuld einen Verkehrsunfall verursacht hat. Es wird da aus dem oberen Allgäu ein Fall berichtet. Ein Radfahrer fuhr nächstlicher Weise ohne Lampe und infolgedessen in einen unschuldigen Straßenpassanten. Als dieser, mühsam aus dem Staube sich erhebend, zu schimpfen und zu jammern anfangen wollte, wies ihn der Radfahrer mit den Worten zurecht. „Halts Maul, u'dankbarer Siech, u'dankbarer; sei froh, daß d' it hi' bisch!“

Wir haben es zwar bereits kurz angedeutet, möchten es aber doch vorsichtshalber nochmals wiederholen: Der Allgäuer ist kein Salonlöwe. Es kann einem im Verkehr mit unverdorbenen Söhnen und Töchtern dieses Landes auch heute noch zustoßen, daß man ohne Ansehen von Rang und Namen kurzerhand mit dem schlichten Wörtlein „Du“ angeredet wird.

Auf der höchsten Stufe der Zivilisation, auf welcher fremde Menschen mit „Sie“ tituliert werden, fühlt sich der Allgäuer alten Schlags ausgesprochen unwohl. Es gibt eine harmlose Scherzfrage: Warum sagt man zum lieben Gott „Du“? Antwort: Damit auch die Oberstdorfer sich an Gottvater wenden können.

(Mit freundlicher Genehmigung entnommen aus: „Die Allgäuer Rasse“ von A. WEITNAUER, erschienen im Verlag für Heimatpflege, Kempten, 4,80 DM.)

Salzburger Festspiel-Impressionen 1964

Von E. Astar-Sternberg

Vieles kam zusammen, um die Festspiele an der Salzach in diesem Sommer ins Rampenlicht einer geschäftigen Publicity zu rücken. Der Sozialtourismus streckte auch nach Salzburg seine Polypenarme aus. Am Morgen des Tages, an dem der traditionelle Fackeltanz abends auf dem von kerzenerleuchteten Fenstern umsäumten Residenzplatz stattfand, traf der österreichische Bundespräsident in Salzburg ein, um — wie alljährlich — die Festspiele zu eröffnen. Aus der Schar der Neugierigen, die vor dem Bahnhof warteten, trat eine energisch wirkende Dame auf einen Polizisten zu, um zu erfahren, wer erwartet werde. Der Hüter des Gesetzes unterrichtete sie von der bevorstehenden Ankunft des Bundespräsidenten. Da wippte die stämmige Dame wie ein Schulmädchen auf ihren hochhackigen Sandalen, sah zu ihrem Begleiter auf und rief: „Siehste, Fritz, der Lübke kommt auch!“

Nichts gegen Sozialtourismus, aber wenn er wie eine Woge angebraust kommt, die alles vernichtet, was sich ihr in den Weg stellt, wenn unter seinem Impakt auch

die „Stadt als Szene“ jenes Hofmannsthal-Strauss-Rheinhardtsche Urkonzept des Salzburger Festspielgeschehens, zu versinken droht, wenn am Portal des Doms Wächter in der Montur der Schweizergarde halb nackten Strandsirenen den Zutritt verwehren müssen, wenn — in blauen Benzinqualm gehüllt — abertausende Autos durch Salzburg kriechen und die Straßen der ehemaligen fürsterzbischöflichen Residenzstadt bis in den letzten Winkel hoffnungslos verstopfen, dann droht der genius loci, der Ruhe und Stille zu seiner Entfaltung braucht, verzweifelt unterzugehen.

Da war ferner ein Fest des Gedenkens zu feiern, der 100. Geburtstag jenes Vollmusiklers, dessen Ruhm zum Teil auch Salzburgs Ruhm ist, des Münchners Richard Strauss.

Nichts gegen Geburtstagsfeiern, aber Salzburg hat damit schon zweifelhafte Erfahrungen gemacht. Da war es wie eine Erlösung, daß es nicht — wie im Vorjahr anlässlich des Bruderzwistes im Hause Reinhardt — häßliche Kontroversen der Epigonen gab, die sich wenig

Akademiker kaufen Markenartikel, sie kaufen preiswert, denn sie kaufen bei uns



Ein Lieferprogramm zu außergewöhnlich günstigen Preisen:

Baby- und Kinderausstattung (Bettchen, Matratzen usw.), Jugendzimmer (Etagen- und Einfachbetten), Palstermöbel, Palstermöbelbezugsstoffe, Wohn- und Schlafzimmer, Anbauküchen komplett, auch mit allen Elektro-einrichtungen. (Bei Möbeln, bitte, Wünsche spezifizieren, z. B.: Ich wünsche Wohnzimmerschrank oder -anbauwand, antik oder modern, ca. 4,80 Meter lang, 1,80 Meter hoch, Preis zwischen DM 1000,- bis DM 1200,- m. p. Oder: Erbitten Angebot Schlafzimmer hell bis DM 2400,- usw.) Orient- und deutsche Teppiche, Fatausrüstung, Herder-Lexica und -Bücher (geb. Preise), Schwimmbassins und Wasserreinigungsanlagen (nur DM 1200,- kompl.). Schreib- und Rechenmaschinen (Adler, Triumph, Olympia, Tarpeda), Diktiergeräte, Nähmaschinen, Herde, Kühlschränke und -truhen, Heimwerker, Waschautomaten, Geschirrspülautomaten, Tonbandgeräte und Anrufbeantworter, Fernseh- und Rundfunkgeräte, Plattenspieler, Kleinargeln, Werke bedeutender Maler als Faksimiles und Drucke gerahmt und ungerahmt, Uhren und Schmuck, Heizgeräte elektrisch und Öl, Öltanks u. a. Gegenstände auf Anfrage. Lieferung stets frachtfrei, bei voller Garantie und Kundendienst. Zahlung der bestellten Ware 3 Tage nach ardnungsgemäßem Erhalt. Anrufe auch abends und samstags. Bei schriftlichen Anfragen stets spezielles Interesse angeben.

Fa. Dipl.-Kfm. T. J. Wagenbach, 6241 Mammolshain/Ts. · Tel. Kronberg (06173) 2590

vorteilhaft auf die Rolle Salzburgs als eines vorurteilsfreien Nachlaßverwalters auswirken. Richard Strauss zumindest konnte in einer Atmosphäre ungetrübter Freude an seinem Werk mit Aufführungen von höchstem Festspielniveau gefeiert werden.

Und da war schließlich die weltweite Diskussion um Herbert von Karajan und die Zukunft der Salzburger Festspiele. Unberufene mischten mit in diesem Spiel. Und gewiß war es weniger ehrliche Sorge um das Schicksal von Salzburgs europäischer Sendung als übersteigertes Geltungsbedürfnis, wenn ein Beckmesser aus dem Schwabenland Briefe an österreichische Politiker mit der Aufforderung sandte, den Niedergang der Salzburger Festspiele durch die Wahl geeigneter Führungskräfte (die offenbar — wie bescheidene Veilchen — in seinem Garten still darauf warten, gepflückt zu werden) aufzuhalten. Nun, Salzburg kann mit Freude sagen: Karajan ist unser! Das bedeutet, daß der Maestro, verärgert darüber, daß man ihm in Wien diktatorische Vollmachten verwehrte, nur Österreichs Bundeshauptstadt, nicht aber Salzburg den Rücken gekehrt hat. Und diese Entwicklung muß schon allein deshalb positiv gewertet werden, weil sie die Unabhängigkeit des kleinen Salzburg von dem großen Wien beweist, das die Festspiele an der Salzach gerne als einen Filialbetrieb der Staatsoper und des Burgtheaters unter seine Fittiche nehmen möchte. Im Zusammenhang mit dieser Tendenz darf man es auch nicht allzu ernst nehmen, wenn einige Wiener Kritiker es als ihre kulturpolitische Sendung betrachten, Salzburger Aufführungen grundsätzlich zu verreißen und nur den in ihnen beschäftigten Wiener Künstlern hohes Lob zu spenden.

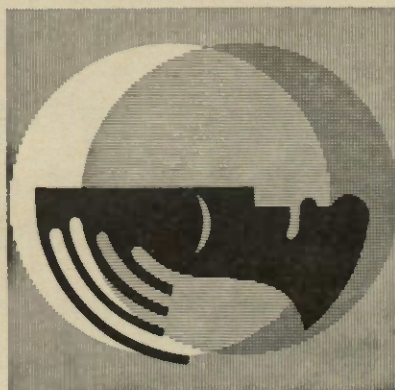
Nichts gegen Karajan, aber wenn am 6. August, als die Situation in Südost-Asien die Menschen vor dem Ausbruch eines neuen Krieges zittern ließ, der Österreichische Rundfunk seine Frühnachrichten mit der Mitteilung begann, daß es dem Geschick der Behörden gelungen sei, Karajan für Salzburg zu erhalten und erst nach dieser Sensationsmeldung über das Geschehen im Golf von Tongking berichtete, so bedeutet das doch wohl eine Überbewertung des Wirkens eines Dirigenten, wie sehr dieses sich auch in Zukunft — vielleicht, denn auch das Gegenteil ist möglich — zum Wohle Salzburgs auswirken mag.

Dieser Salzburger Sommer bedeutete in gewisser Hinsicht ein Abschiednehmen. Und so mag denn auch diese Würdigung des Festspielgeschehens im Zeichen des Abschiedsschmerzes begonnen werden. Zwei Auf-

führungen von nicht mehr überbietbarer Perfektion, die einen Maßstab setzen für Salzburgs Fähigkeit, höchste Leistungen zu vollbringen, werden im Spielplan des nächsten Jahres nicht wiederkehren: die seit fünf Jahren in Salzburg beheimatete Rennertsche Inszenierung von Mozarts „Cosi fan tutte“ und jener Straußsche „Rosenkavalier“, der — unter Rudolf Hartmanns szenischer Leitung und mit den Bühnenbildern von Teo Otto — vor vier Jahren das neue Große Festspielhaus eröffnete, eine Aufführung, geboren aus dem Mozartschen Geist jener Stadt, die Salvador de Madariaga in seiner Festrede zur Eröffnung der diesjährigen Festspiele als „die Rose aller Musikkavaliere“ bezeichnete.

Wieder einmal erntete die buffoesteske aller Mozart-Opern, „Cosi fan tutte“, bei der Premiere der diesjährigen Reprise wahre Ovationen des Publikums, die von spontanem Beifall für stumme Bühnenszenen über Freudenkundgebungen bei meisterhaft gesungenen Arien und Ensembles bis zu frenetischen Akklamationen für alle Mitwirkenden, einschließlich des Regisseurs und des Dirigenten reichten. Die Salzburger Besetzung mit Elisabeth Schwarzkopf als Fiordiligi, Christa Ludwig als Dorabella, Graziella Sciutte als Despina, Hermann Prey als Guglielmo, Waldemar Kmentt als Ferrando und Carl Dönch als Don Alfonso muß als ein Idealfall bezeichnet werden. Das überlegene Zusammenspiel der Schwarzkopf und der Ludwig, der Sciutti köstliches Kabinettstück als drahtziehende Kammerzofe, die Schwerelosigkeit der spielerisch überlegenen Inszenierung Günther Rennerts vor der angedeuteten Silhouette des stilisierten Vesuvus, die zauberhaften Bühnenbilder und Kostüme Leni Bauer-Ecys und die unter dem schöpferisch nachzeichnenden Karl Böhm unvergleichlich musizierenden Wiener Philharmoniker — das alles wirkte zusammen, um die Ausstrahlung einer unerhört geschlossenen, im besten Sinne festspielhaften Leistung zu vollenden, wie sie auch in der an musikalischen Höchstleistungen reichen Geschichte dieser Stadt auf einsamer Höhe steht, dieser Stadt, deren Architektur im Goetheschen Sinne gefrorene Musik ist, dieser Hauptstadt Europas, wie Hermann Bahr sie nannte, die sich jedes Jahr für einige betriebsame Wochen den Schlaf aus den Augen reibt und sich mit dem glitzernden Mantel weltstädtischer Internationalität bekleidet. Nach einem fünf Jahre lang ungeschmälert anhaltenden Erfolg wandert die Salzburger Inszenierung von „Cosi fan tutte“ nunmehr an die Wiener Staatsoper weiter. (Fortsetzung folgt)

tempidorm®



Ein
Stufenschlafmittel
das Ihr Vertrauen
verdient

Tabletten, Suppositorien
Supp. pro Inf., comp. (Kapseln)



costopalm 7067 Pflüderhausen bei Stuttgart

AMTLICHES

Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern:

Lehrgang für den öffentlichen Gesundheitsdienst

Das Bayerische Staatsministerium des Innern wird in der Zeit vom 3. November 1964 bis 26. Februar 1965 in München einen Lehrgang für den öffentlichen Gesundheitsdienst abhalten. Zu diesem Lehrgang können 30 Teilnehmer zugelassen werden. Die Teilnahme am Lehrgang ist Voraussetzung der Zulassung zur Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst (Bekanntmachung des Bayerischen Landespersonalamtes vom 21. 12. 1951 über Lehrgang, Prüfung und laufende Beurteilung für die Anstellung als Arzt im öffentlichen Gesundheitsdienst — BayBSVI I S. 225 — i. d. Fassung der Bek. vom 18. 2. 1960 — MABl. S. 294 —). Ärzte, die an dem Lehrgang teilnehmen wollen, werden gebeten, ihr Gesuch bis spätestens **10. Oktober 1964** beim Bayerischen Staatsministerium des Innern, München, Odeonsplatz 3, einzureichen.

Die Voraussetzungen für die Teilnahme am Lehrgang sind:

1. die medizinische Doktorwürde, die an einer Universität des Bundesgebietes oder vor dem 8. Mai 1945 an einer Universität des ehemaligen Reichsgebietes erworben worden sein muß;
2. eine Tätigkeit von mindestens 3 Jahren nach der Bestallung als Arzt;
3. eine Tätigkeit von mindestens je 3 Monaten als Arzt an einer Anstalt für Geisteskranke und als Arzt oder Medizinalassistent an einem Gesundheitsamt.

Dem Gesuch sind folgende Unterlagen beizufügen:

1. die Bestallung als Arzt in Urschrift (für Vertriebene und Sowjetzonenflüchtlinge gelten die §§ 92 und 93 des Bundesvertriebenengesetzes vom 14. August 1957, BGBl. 1 S. 1215);
2. das Doktordiplom der medizinischen Fakultät einer deutschen Universität in Urschrift oder amtlich beglaubigter Abschrift (für Vertriebene und Sowjetzonenflüchtlinge gelten die §§ 92 und 93 des Bundesvertriebenengesetzes);
3. ein Nachweis über die bisherige ärztliche Tätigkeit;
4. der Ausweis über den Besitz der deutschen Staatsangehörigkeit;
5. für Bewerber, die vor dem 6. März 1928 geboren sind, der Spruchkammerbescheid in amtlich beglau-

bigter Abschrift oder eine Bescheinigung nach Art. 2 des Dritten Gesetzes zum Abschluß der politischen Befreiung vom 3. 2. 1960 (GVBl. S. 11).

Die Lehrgangsgebühr beträgt 150 DM; sie ist nach Zulassung zum Lehrgang an die Staatsoberkasse München 1, Postscheck-Konto München Nr. 94 30, einzuzahlen. Unterkunft kann nicht gestellt werden.

Die Teilnahme am Lehrgang und das Bestehen der Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst begründen keinen Rechtsanspruch auf Anstellung im Gesundheitsdienst.

Für die Meldung zur Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst gilt Abschnitt B der Bekanntmachung des Bayerischen Landespersonalamtes vom 21. 12. 1951, betreffend Lehrgang, Prüfung und laufende Beurteilung für die Anstellung als Arzt im öffentlichen Gesundheitsdienst (BayBSVI I S. 225) i. d. Fassung vom 18. 2. 1960 (MABl. S. 294).

Mitteilung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern:

Cytastatische Lösungsvermittler in Arzneimitteln

Die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft hat darauf hingewiesen, daß wasserlösliche Progesteron-Zubereitungen zur intravenösen Injektion im Verkehr sind, die als Lösungsvermittler das cytostatische Urethan enthalten. Sie erhebt hiergegen stärkste Bedenken, weil einschlägige Arzneispezialitäten wie *Proluton* (Schering) und *Lutocyclin* (Ciba) häufig in der Frühschwangerschaft angewendet werden. Beide Arzneispezialitäten seien zwar nach Mitteilung der Hersteller, soweit sie zur intravenösen Injektion bestimmt sind, aus dem Verkehr gezogen worden, nach klinischen Angaben sollen aber in Krankenanstalten noch Vorräte vorhanden sein. Das Bundesgesundheitsamt hat empfohlen, etwa noch vorhandene Bestände der genannten Arzneimittel nicht mehr zu verwenden.

Mitteilung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und soziale Fürsorge:

Durchführung der ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz

In den Monatsberichten der Gewerbeaufsichtsämter über die Durchführung der ärztlichen Untersuchungen ist folgende Mitteilung eingegangen:

„Einzelne Ärzte verwenden nicht die formgerechten,

Zuverlässig stimuliert

Cholaktol

die sekretive Leistung der Leberzellen nach individuellen Normen, ohne drastische oder toxische Belastungen

DR. IVO DEIGLMAYR CHEM. FABRIK NACHF. MÜNCHEN 25

für den Arbeitgeber bestimmten ärztlichen Bescheinigungen, sondern schreiben ihren Befund auf Rezeptblätter oder händigen den Arbeitgebern den Untersuchungsbogen selbst aus. Ein Teil der Ärzte betrachtet die erforderliche Untersuchung als Eignungsuntersuchung für den speziellen Arbeitseinsatz Jugendlicher mit bestimmten Arbeiten in den betreffenden Unternehmen. Die ärztlichen Bescheinigungen tragen dann den Vermerk:

„Für Arbeiten als Kfz-Schlosser geeignet“ oder „Mit Einschränkungen als Näherin einsetzbar“.

Eine solche Handhabung der ärztlichen Untersuchungen bzw. Entscheidung seitens der Ärzte entspricht nicht den gesetzlichen Bestimmungen. Wenn es sich nach den vorliegenden Mitteilungen auch nur um Einzelfälle handelt, so scheint es doch notwendig zu sein, die Ärzte aufzuklären.

In den Sitzungen des Ausschusses für Jugendarbeitsschutz wurde wiederholt die Meinung vertreten, der auch von den Vertretern der Ärzteschaft beigepllichtet wurde, die Jugendlichen müssen angehalten werden, möglichst frühzeitig zu den Untersuchungen zu gehen. Die Berufsberater bei den Arbeitsämtern können das Ergebnis der ärztlichen Untersuchung bei ihren Beratungen nur berücksichtigen, wenn das Untersuchungsergebnis schon für die Überlegung der Eltern möglichst zu Beginn des letzten Schuljahres, spätestens aber bis Weihnachten vorliegt. Deshalb sind die Schulen angewiesen worden, die Untersuchungsberechtigungsschne bereits bei Beginn des letzten Schuljahres auszugeben.

Beachten Sie bitte die Fortbildungsveranstaltungen in Bayern:

- 34. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin, 25.—27. 9. 1964 (s. Seite 654).
- 12. Fortbildungskurs in praktischer Medizin am Tegernsee, 3.—4. 10. 1964 (s. Seite 713).
- 33. Fortbildungskurs des Regensburger Kollegiums für ärztliche Fortbildung, 8.—11. 10. 1964 (s. Seite 708).
- Klinische Fortbildung in Bayern 1964 (s. Seite 713).
- 35. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie 13.—17. 10. 1964 (s. Seite 714).
- Herbsttagung der Bayerischen Röntgengesellschaft, 17.—18. 10. 1964 (s. Seite 714).
- Aktuelle Fragen der Arbeitsmedizin — Fortbildungsveranstaltung der Bayerischen Landesärztekammer in Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge, 7.—8. 11. 1964 (s. Seite 710).
- 15. Wissenschaftliche Ärztagung Nürnberg, 4.—6. 12. 1964 (s. Seite 714).

MITTEILUNGEN

Dringlich zu besetzender Kassenarztsitz

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein wird zur Zeit folgender Kassenarztsitz als dringlich zu besetzen ausgeschrieben:

Rosbach (Siegkreis), Reg.-Bez. Köln / Praktischer Arzt.

Rosbach liegt in einer landschaftlich schönen Gegend im oberen Siegtal und hat aufstrebenden Fremdenverkehr. Die Gemeinde Rosbach zählt 6500 Einwohner, wozu noch etwa 1000 bis 1200 Einwohner aus den Randgebieten zuzuzählen sind. Zur Zeit sind in Rosbach zwei Praktische Ärzte kassenärztlich tätig. Höhere Schulen befinden sich in dem 10 km entfernten Waldbröl (Busverbindung) und dem 18 km entfernten Eitorf (Bahnverbindung).

Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuß für Kassenarztzulassungen in Köln, Clever Straße 13/15.

Curt-Adam-Preis 1965

Der von der Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V. gestiftete Curt-Adam-Preis ist für das Jahr 1965 für die **beste Arbeit auf dem Gebiet der Nieren und harnableitenden Organe** ausgeschrieben worden. Die Arbeit soll eine besondere wissenschaftliche Leistung darstellen und gleichzeitig den Gesichtspunkt der ärztlichen Fortbildung berücksichtigen.

Der Preis besteht in der Verleihung einer Urkunde und einem Barpreis von DM 3000.—. Er kann nur an deutsche Staatsangehörige vergeben werden.

Arbeiten, die im Jahre 1964 fertiggestellt oder veröffentlicht werden, können bis zum 31. Dezember 1964 zur Bewerbung um den Preis (in dreifacher Ausfertigung als Sonderdruck oder Manuskript) eingereicht werden an:

Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V.,
1 Berlin 41, Klingsorstraße 21.

Ausstellung „Ärzte als Künstler“ in München

Unter dem Titel „Ärzte als Künstler“ veranstaltet die „Münchener Medizinische Wochenschrift“ in der Zeit vom 8. bis 25. Oktober 1964 im Stadtmuseum, München, St. Jakobsplatz, eine Ausstellung mit Werken der Malerei, Plastik und Literatur.

Impfung sicherster Schutz gegen Grippe?

In einer Stellungnahme zum Problem der Grippe-Bekämpfung erklärte Generalarzt Dr. TERRY, Chef des amerikanischen Bundes-Gesundheitsamtes, kürzlich, daß die Grippe-Schutzimpfung immer noch die wirksamste Waffe gegen einen tödlichen Krankheitsverlauf sei, von dem vor allem ältere Personen und an chronischen Grundkrankheiten Leidende bedroht sind.

(A.-St.)

Salistoperm

Das percutane Heilanaestheticum

Inasthmon

Das percutane Expectorans

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Juli 1964*

(Zusammengestellt auf Grund der Wochenmeldungen)

Während Diphtherie auch im Monat Juli nur in vereinzelten Fällen vorkam, wurden Erkrankungen an Scharlach häufiger als im Vormonat gemeldet. Im Juni trafen 66 Fälle auf 100 000 der Bevölkerung, im Juli 86 Fälle (auf ein Jahr umgerechnet). Ebenfalls häufiger als im Juni traten Erkrankungen an Hirnhautentzündung (ohne Meningokokken-Meningitis) auf, die Zahl der durch Meningokokken erregten Fälle von Hirnhautentzündung (übertragbare Genickstarre) ging dagegen leicht zurück. Im Berichtsmonat erkrankte eine Person an paralytischer Kinderlähmung. Die bereinigte

Zahl der Erkrankungen seit Jahresbeginn beträgt somit einschließlich Juli sechs Fälle.

Keine Zunahme der Erkrankungshäufigkeit war im Juli bei Bauchtyphus, Paratyphus, Ruhr, Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Dünndarm-entzündung) und Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) zu verzeichnen. In einer mittelfränkischen Landgemeinde traten gehäuft Erkrankungen an Q-Fieber auf; die für Juli berichtete Zahl enthält zum Teil auch Nachmeldungen von im Juni erkrankten Personen.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 28. Juni bis 1. August 1964 (Vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11			
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare										Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Fotieritis infectiosa			
					Kinderlähmung dar. parol. Fälle		Hirnhautentzündung				Gehirn-entzündung		Salmonellose								Übrige Formen			
	E	ST	E	ST			E	ST	E	ST					E	ST	E	ST	E	ST			E	ST
Oberbayern	1	—	332	—	1	1	—	5	—	25	—	1	—	1	—	2	—	24	—	39	—	—	—	
Niederbayern	—	—	48	—	—	—	—	6	—	9	1	1	—	2	—	—	—	3	—	6	—	—	—	
Oberpfalz	5	—	44	—	—	—	—	1	—	6	1	—	—	—	—	2	—	2	—	11	—	—	—	
Oberfranken	1	—	133	—	—	—	—	3	—	9	—	—	—	2	—	—	—	—	—	3	—	1	—	
Mittelfranken	3	—	126	—	—	—	—	3	1	6	1	6	2	—	—	2	—	3	—	5	1	—	—	
Unterfranken	—	—	56	—	—	—	—	7	1	10	—	—	—	5	—	—	—	—	—	9	—	2	—	
Schwaben	—	—	78	—	—	—	—	4	1	8	1	2	—	1	—	—	—	7	—	6	—	1	—	
Bayern	10	—	817	—	1	1	—	29	3	73	4	10	2	11	—	6	—	39	—	79	1	4	—	
München	1	—	166	—	—	—	—	2	—	16	—	—	—	1	—	—	—	22	—	16	—	—	—	
Nürnberg	—	—	77	—	—	—	—	1	—	2	—	1	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	
Augsburg	—	—	14	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	5	—	—	—	
Regensburg	1	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	
Würzburg	—	—	9	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22	
	Botulismus		Hepatitis infectiosa		Ornithose (übrige Formen)		Verdachtsfälle von Tollwut ²⁾		Bang'sche Krankheit		Kindbettfieber bei oder nach Fehlgeburt		Leptospirose		Q-Fieber		Toxoplasmose		Wundstarrkrampf			
													Weil'sche Krankheit								Conicola-fieber	
E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	
Oberbayern	—	—	60	—	1	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	2	—	3	1	
Niederbayern	—	—	30	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	
Oberpfalz	—	—	20	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	
Oberfranken	—	—	59	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	
Mittelfranken	—	—	58	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	122	—	1	—	—	
Unterfranken	4	—	96	—	—	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	
Schwaben	—	—	66	1	—	—	2	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	
Bayern	4	—	389	1	4	—	18	—	3	—	2	—	1	—	2	—	122	—	11	—	4	2
München	—	—	39	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	
Nürnberg	—	—	21	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Augsburg	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Würzburg	1	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	

* Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes

1) E = Erkrankung (einschl. der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle) mit Ausschluß der Verdachtsfälle

2) ST = Sterbefälle

3) Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers



Auch die „Kleine“ SC – ein voller Genuß

Kennen Sie das Gefühl:

„Jetzt ein Glas Sekt - oder auch zwei,
das wäre genau das Richtige!“

Gönnen Sie sich Ihren Carstens SC,
wann immer Ihnen danach
zumute ist.* Greifen Sie ruhig
zu der „Kleinen“ SC, wenn es Ihnen
um eine kleine, aber herrliche
Erfrischung geht. Auch in
der „Kleinen“ ist echter SC, zwei
muntere Gläser voll. SC ist ein
führender deutscher Markensekt,
gewonnen durch die ausschließlich

für uns geschützte Carstens-Gärung.
Seine Lieblichkeit hat er allein
vom naturreinen Wein und
von der reifen Traube. Zusätze von
Zucker und gezuckerter Dosage
werden nicht verwendet.

*Wer sich nur in seinen großen
Stunden ein Glas Sekt gönnt,
wird nie erfahren,
wie schön die kleinen sein können.

1/1 Flasche DM 5,90
Die »Kleine« DM 1,90

CARSTENS
SC
DEUTSCHER SEKT

BUCHBESPRECHUNGEN

Wolfgang Radau: **Steuerliche Besonderheiten der Ärzte**, 3. Aufl. 1963, 51 Seiten. Rudolf Haufe Verlag, Freiburg im Breisgau, DM 5,—.

Der Arzt ist neben seiner beruflichen Beanspruchung vielfach mit zusätzlichen Verwaltungsarbeiten mannigfacher Art belastet. Einen geraumen Teil dieser Arbeit nehmen die steuerlichen Fragen ein, selbst wenn er sich für die laufende Rechnungslegung, für seine Einkommensteuer, seine Umsatzsteuer und Vermögensteuer der Mitarbeit eines Fachmanns bedient. Gesetze und Kommentare allein bieten nicht immer die erforderlichen Hinweise.

Um so erfreulicher ist es, wenn neben der bereits umfangreichen allgemeinen Steuerliteratur nunmehr im Rudolf Haufe Verlag, Freiburg im Breisgau, ein für die Steuerfragen des Arztes bearbeitetes „Branchenbuch“ erscheint.

Die von Wolfgang Radau bearbeitete Broschüre „Steuerliche Besonderheiten der Ärzte“ — nunmehr bereits in 3. Auflage erschienen — bringt in übersichtlicher Form die Probleme Umsatz, Kosten und Ertrag in der ärztlichen Praxis.

In den „Steuerlichen Besonderheiten“ folgt eine gründliche Darstellung der Umsatzsteuer des Arztes. Beachtlich ist die klar herausgestellte Abgrenzung der Umsätze nach § 4 Ziff. 11 UStG. Im Bereich der „Einkommensteuer“ bringt die Schrift die wichtigsten Fragen der Gewinnermittlung, der Betriebseinnahmen und Betriebsausgaben, der Praxisveräußerung, der Reisekosten und der Absetzung für Abnutzung. Die praktische Handhabung wird erleichtert durch die als Anhang 3 beigefügte Amtliche AfA-Tabelle. Der Abschnitt über „Gewerbesteuer“ bringt eine Abgrenzung dieser Steuerart (Privatklinik, Klinikbetrieb) mit kritischer Würdigung der einschlägigen BFH-Urteile.

Im Rahmen der „Vermögensteuer“ kommt u. a. die Behandlung des Anspruchs für das IV. Quartal bei der Einkommensteuer und bei der Vermögensteuer zur

Darstellung. Das steuerliche Branchenbuch ist eine gründliche und übersichtliche, den Ärzten zu empfehlende Broschüre. Dr. Kriegl, W. P., München

Univ.-Prof. Dr. Dr. Paul NETTL: **Prag im Studentenlied** (Nr. 6 der „Schriftenreihe der sudetendeutschen Ärzte“). Verlag Robert Lerche, München, 1964. 4,50 DM, 44 Seiten mit 2 Abb. und 8 Notenbeispielen.

Der bekannte, ehemals an der Deutschen Universität in Prag wirkende Musikhistoriker Univ.-Prof. Dr. Dr. Paul Nettel ist mit großer Sachkenntnis und Sorgfalt in dieser Veröffentlichung der Geschichte des Prager Studentenliedes bis in das 15. Jahrhundert nachgegangen. Nicht nur dem Historiker wird hier viel Neues geboten, sondern besonders auch allen jenen, denen es noch vergönnt war, an der Deutschen Universität in Prag zu studieren und an dem dortigen Studentenleben mit seinen besonderen Eigentümlichkeiten und Reizen teilzuhaben. Die beigefügten, vom Verfasser z. T. rekonstruierten Notenbeispiele erhöhen den Wert der Schrift, die gleichzeitig einen bedeutsamen Beitrag zur Geschichte der 1945 von den Tschechen aufgelösten Deutschen Universität in Prag darstellt.

Dr. Koerting, München

Deutsches Handbuch für Fremdenverkehr. 18. Ausgabe, Band IV. Berlin, Niedersachsen, Schleswig-Holstein und Kurhessen-Waldeck. Verlag Erwin Jaeger, Darmstadt, Holzhofallee 38. 500 S., 2000 Bilder, Ganzleinen 15 DM.

Im Auftrag des Deutschen Fremdenverkehrsverbandes e. V. und in enger Zusammenarbeit mit dem Deutschen Bäderverband e. V. bringt der Verlag E. Jaeger, Darmstadt, den IV. Band der 18. Ausgabe des Deutschen Handbuchs für Fremdenverkehr heraus. Fachleute auf allen einschlägigen Gebieten schrieben ausführlich über kulturelle und landschaftliche Sehenswürdigkeiten, über Gastronomie und hundert andere wissenschaftliche Dinge. Die Anhänge „Dienst am Fremdenverkehr“, „Arzt und Patient“ und „Erziehung und Schulung“ und das ausführliche Unterkunftsverzeichnis verdienen besondere Aufmerksamkeit.

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

Das Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

veranstaltet vom 8.—11. Oktober 1964 im Auftrag der Bayerischen Landesärztekammer den 33. Fortbildungskurs für Ärzte in Regensburg. Kursleitung: Professor Dr. Dietrich Jahn

Donnerstag, den 8. Oktober 1964

20.00 Uhr:

Empfang der Vortragenden und Kursteilnehmer durch den Oberbürgermeister der Stadt Regensburg im historischen Reichssaal des Alten Rathauses

Es singen die Regensburger Domspatzen

Bekanntgabe der HOMBURG-PREISTRÄGER und Überreichung der Preise

Festvortrag

Prof. Dr. Walter Schulz, Universität Tübingen:

„WANDLUNGEN DES WIRKLICHKEITSBEGRIFFES“

Freitag, den 9. Oktober 1964

1. Hauptthema

„ANGIOPATHIEN“

Vortragssaal: Stadttheater

9.00—9.30 Uhr:

Begrüßung

9.30—10.00 Uhr:

Prof. Dr. E. Buddecke, Physiologisch-Chem. Institut der Universität Tübingen:

„Biochemische Grundlagen der Pathogenese arterieller Verschlusskrankheiten“

10.00—10.40 Uhr:

Dr. H. M. Hasse, Direktor der Angiologischen Klinik, Max-Ratschow-Klinik, Darmstadt-Eberstadt:

„Die Differentialdiagnose und Bewertung von Verschlusskrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Angiographie“

10.40—11.10 Uhr:

Pause — Eröffnung der Ausstellung



Mediment

Die fortschrittliche
Einreibung
Mildes Hautreiz-Liniment
KREWEL-WERKE, Eitorf b. Köln

11.10—11.40 Uhr:
Dr. F. Schlüter, Institut für animalische Physiologie der Universität Frankfurt a. M.:

„Hämodynamische Faktoren als Grundlage von Angiopathien“

11.40—12.20 Uhr:
Doz. Dr. P. Matis, Chirurgische Klinik und Poliklinik der Universität Tübingen:

„Beurteilung und Behandlung der peripheren venösen Durchblutungsstörungen“

12.20—13.00 Uhr:
Prof. Dr. H. Hess, Medizinische Universitäts-Poliklinik München:

„Klinik und konservative Therapie peripherer arterieller Durchblutungsstörungen“

13.00—15.00 Uhr:
Pause — Besuch der Ausstellung

15.00—15.40 Uhr:
Prof. Dr. G. Heberer und Dr. G. Rau, Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik Köln-Lindenthal:

„Der heutige Stand der Wiederherstellungschirurgie bei Verschlusskrankheiten“

15.40—16.20 Uhr:
Prof. Dr. a. Bernsmeier, Direktor der 1. Medizinischen Klinik der Universität Kiel:

„Coronare Durchblutungsstörungen und Herzinfarkt“

16.20—16.50 Uhr:
Pause — Besuch der Ausstellung

16.50—17.30 Uhr:
Prof. Dr. W. Tönnis, Direktor der Neuro-chirurgischen Universitätsklinik Köln-Lindenthal:

„Die cerebralen Durchblutungsstörungen in Diagnostik und Therapie“

17.30—18.10 Uhr:
Doz. Dr. W. Adam, Oberarzt der Universitäts-Hautklinik Tübingen:

„Die Behandlung der sogenannten Beinleiden in der Praxis unter besonderer Berücksichtigung der Verbände und Verödungen“

Anschließend Diskussion und Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Thema des Tages.

Samstag, den 10. Oktober 1964

2. Hauptthema
„CYTOSTATICA“
Vortragssaal: Stadttheater

9.00—9.30 Uhr:
Prof. Dr. H. Druckrey, Laboratorium der Chirurgischen Universitätsklinik Freiburg i. Br.:

„Möglichkeiten und Grenzen der Chemotherapie maligner Tumoren aus experimenteller Sicht“

9.30—10.00 Uhr:
Prof. Dr. E. Grundmann, Institut für experimentelle Pathologie der Farbenfabriken Bayer AG Wuppertal-Elberfeld:

„Der heutige Stand der Kenntnisse von den Grundlagen cytotostatischer Therapie“

10.00—10.40 Uhr:
Prof. Dr. Dr. h. c. H. v. Euler, Vorstand des Vitamin-Institutes Stockholm:

„Die cytotostatischen Substanzen und ihre Wirkungen“

10.40—11.10 Uhr:
Pause — Besuch der Ausstellung

11.10—11.50 Uhr:
Doz. Dr. M. Eggstein, Oberarzt der Medizinischen Universitätsklinik Tübingen:

„Praxis und klinische Erfahrungen cytotostatischer Therapie“

11.50—12.30 Uhr:
Dr. P. Lopes Cardozo, Vorstand der Abteilung Hämatologie und Klinische Cytologie der Medizinischen Universitätsklinik Leiden (Holland):

„Beitrag der Cytologie für die Wahl des Cytostatikum und für die Beurteilung seiner Wirksamkeit“

12.30—13.00 Uhr:
Prof. Dr. H. Bege mann, Chefarzt der 1. Medizinischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing:

„Die Differentialtherapie der Leukosen mit cytotostatischen Stoffen“

13.00—14.40 Uhr:
Pause — Besuch der Ausstellung

14.40—15.00 Uhr:
Wissenschaftlicher Film
(Farbtonfilm — Farbenfabriken Bayer AG, Leverkusen)

„Der bakterielle Infekt“
Wissenschaftliche Mitarbeit: Prof. Dr. Heilmeyer, Freiburg i. Br., Priv.-Doz. Dr. Spitzzy, Wien, Prof. Dr. Bickel, Genf, u. a.

15.00—15.30 Uhr:
Prof. Dr. H. Nowakowski, Oberarzt der 2. Medizinischen Universitätsklinik und Poliklinik Hamburg-Eppendorf:

„Grundsätze für die Therapie hormonabhängiger Geschwulstkrankheiten“

15.30—16.00 Uhr:
Prof. Dr. H. Goldeck, Chefarzt der Inneren Abteilung des St.-Joseph-Stiftes Bremen:

„Beurteilung und Behandlung von Nebenwirkungen cytotostatischer Therapie“

16.00—16.30 Uhr:
Pause — Besuch der Ausstellung

16.30—17.00 Uhr:
Doz. Dr. L. Adelberger, Chefarzt der Spezialklinik für Lungenchirurgie Hemer (Westf.):

„Grundlagen und Probleme einer Rezidivprophylaxe durch Cytostatika mit besonderer Bezugnahme auf Bronchial- und Lungeneareinome“

17.00—17.30 Uhr:
Prof. Dr. C. G. Schmidt, Medizinische Klinik und Poliklinik der Universität Münster (Westf.):

„Stoffwechselprobleme maligner Tumoren und ihre Beziehungen zur Therapie“

Anschließend Diskussion und Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Thema des Tages.

Sonntag, den 11. Oktober 1964

3. Hauptthema
„NEUROLOGIE IN DER PRAXIS“
Vortragssaal: Stadttheater

9.00—9.40 Uhr:
Prof. Dr. F. Erbsiö h, Direktor der Neurologischen Universitätsklinik Gießen:

„Möglichkeiten der einfachen neurologischen Diagnostik im Rahmen der körperlichen Gesamtuntersuchung“

LANG'S PFLASTERBINDEN

porös — luftdurchlässig
elastisch und hochelastisch (extra)

Nichtklebend on Haut und Haaren
Schmerzfreie Abnahme
Hautschonend
Bodemöglichkeit mit ang. Verband.
Mehrmals noch zuwickeln

LANG & Co. KG · MÜNCHEN 45

9.40—10.20 Uhr:

Prof. Dr. H. J. Bauer, Direktor der Neurologischen Klinik und Poliklinik der Universität Göttingen:

„Klinisch-neurologische Untersuchungsmethoden, ihre Indikation, ihr Aussagewert und ihre Gefahren“

10.20—10.50 Uhr:

Pause — Besuch der Ausstellung

10.50—11.30 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. H. Heyck, Berlin-Zehlendorf:

„Bewertung und Differentialdiagnose des Kopfschmerzes“

11.30—12.00 Uhr:

Prof. Dr. Otto, Oberarzt der Universitäts-Augenklinik Frankfurt a. M.:

„Der Augenhintergrundsbebefund als neurologisches Diagnostikum“

12.00—14.00 Uhr:

Pause — Besuch der Ausstellung

14.00 Uhr:

Seminar-gespräch

Ort: Deutsch-Amerikanisches Institut, Haidplatz

„Cytostatische Therapie in der Praxis“

Einzelheiten im Kongreßführer. Anmeldung erbeten!

14.10—14.30 Uhr:

Wissenschaftlicher Film

(Farbfilm — Sandoz-AG, Nürnberg)

„Migräne“

Autoren: Prof. E. Greppi und Prof. F. Sicuteri, Medizinische Universitätsklinik Florenz

14.30—15.10 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. D. Seitz, Neurologische Klinik und Poliklinik der Universität Göttingen:

„Hirndruckkranke in der ärztlichen Praxis“

15.10—15.50 Uhr:

Prof. Dr. M. Mumenthaler, Neurologische Abteilung der Medizinischen Universitätsklinik Bern:

„Die kleine periphere Neurologie, ein wichtiges Aufgabengebiet des praktischen Arztes“

15.50—16.20 Uhr:

Pause — Besuch der Ausstellung

16.20—17.00 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. Dieckmann, Oberarzt der Neurologischen Universitätsklinik und Poliklinik Hamburg-Eppendorf:

„Die neurologischen Erscheinungen bei Wirbelsäulenerkrankungen unter besonderer Berücksichtigung der Osteochondrose und der Bandscheibenschäden“

17.00—17.30 Uhr:

Prof. Dr. A. Schrader, Chefarzt der II. Medizinischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Harlaching:

„Erkennung und Behandlung peripherer Nervenverletzungen“

Anschließend Diskussion und Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Thema des Tages.

Anfragen und Anmeldungen: Sekretariat der ärztlichen Fortbildungskurse, Regensburg, Altes Rathaus, Tel. 2 38 51, Nebenstelle 521 oder 522.

Aktuelle Fragen der Arbeitsmedizin

Fortbildungsveranstaltung der Bayerischen Landesärztekammer in Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge

Am 7. und 8. November 1964 findet im Zusammenwirken der Bayerischen Landesärztekammer mit dem Bayerischen Landesinstitut für Arbeitsmedizin, den Landesverbänden Nord- und Südbayern des Verbandes der deutschen Werksärzte e. V., der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und des Landesverbandes Bayern der gewerblichen Berufsgenossenschaften eine Fortbildungsveranstaltung über aktuelle Fragen der Arbeitsmedizin statt.

Eröffnung durch den Bayerischen Staatsminister für Arbeit und soziale Fürsorge, Herrn Hans Schütz, und den Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, Herrn Dr. H. Sewering.

Tagungsort:

München, Haus des Arbeitsschutzes, Pfarrstraße 3.

Zeitpunkt:

7. und 8. November 1964, beginnend jeweils 9 Uhr.

Vortragsthemen:

AUS LEHRE UND FORSCHUNG DER ARBEITSMEDIZIN

1. Gefahren der Arbeit

Referent: Prof. Dr. Dr. H. Eyer, Direktor des Max von Pettenkofer-Instituts für Hygiene und Med. Mikrobiologie der Universität München.

2. Ermüdungsformen und ihre Bedeutung für die Leistung im Betrieb

Referent: Prof. Dr. G. Lehmann, Direktor des Max-Planck-Instituts für Arbeitsphysiologie, Dortmund.

3. Psychologische Faktoren der Leistung am Arbeitsplatz

Referent: Prof. Dr. phil. H. R. Lückert, Vorstand des Instituts für Jugendforschung und Unterrichtspsychologie der Universität München.

AUS DER ARBEITSMEDIZINISCHEN PRAXIS

1. Das Berufsbiid des Werksarztes

Referent: Dr. H. Münk, Werksarzt der Firma Siemens-Schuckert, Nürnberg.

2. Der Kassenarzt als nebenberuflicher Werksarzt

Referent: Dr. H. Weinzierl, Lauf

3. Der gewerbeärztliche Dienst

Referent: Reg.-Med.-Dir. Dr. H. Schneider, Leiter des Bayerischen Landesinstituts für Arbeitsmedizin, München

4. Filmvorführung „Aus der Arbeit des Werksarztes“.

5. Besichtigung des Bayerischen Landesinstituts für Arbeitsmedizin und Arbeitsschutz.

AKTUELLE FRAGEN DER ARBEITSMEDIZIN

1. Arbeitsmedizinische Probleme bei der Betreuung erwerbstätiger Jugendlicher

Referent: Priv.-Doz. Dr. med. Dr. phil. J. Rutenfranz, Max-Planck-Institut, Dortmund.

Korreferat: Dr. W. Fessler, Werksarzt der Robert Bosch GmbH, Nürnberg.

2. Arbeitsmedizinische Probleme der Frauenarbeit

Referent: Prof. Dr. G. Döderlein, ehem. Direktor der Univ.-Frauenklinik Jena, München.

Korreferat: Dr. J. Schwendy, Werksarzt der Firma Siemens & Halske, München.

3. Ärztliche Erfahrungen in der Betreuung der Gastarbeiter

Referent: Dr. G. Fuchs, Werksarzt der Firma Krauss-Maffey, München.

4. Filmvorführung „Rehabilitation Amputierter“

Anmeldung und Auskünfte: Bayerische Landesärztekammer, 8 München 23, Königstraße 85.

Klinische Fortbildung in Bayern 1964

Kurseinteilung:

1. INNERE KRANKHEITEN

26. bis 30. Oktober 1964

München, Städt. Krankenhaus r. d. Isar
Chefarzt: Prof. Dr. H. Ley.

26. bis 31. Oktober 1964

München, I. Med. Univ.-Klinik
Direktor: Prof. Dr. Schwiégk.

2. bis 7. November 1964

München, Städt. Krankenhaus r. d. Isar
Chefarzt: Doz. Dr. Blömer.

9. bis 14. November 1964

Würzburg, Med. Univ.-Klinik
Direktor: Prof. Dr. Wollhelm.

2. KINDERKRANKHEITEN

26. bis 31. Oktober 1964

München, Städt. Kinderkrankenhaus
München-Schwabing
Chefarzt: Prof. Dr. Hilber.

3. CHIRURGIE

19. bis 24. Oktober 1964

München, Chirurg. Univ.-Klinik
Direktor: Prof. Dr. Zenker.

2. bis 6. November 1964

München, Städt. Krankenhaus r. d. Isar
Direktor: Prof. Dr. Maurer.

9. bis 14. November 1964

Erlangen, Chirurg. Univ.-Klinik
Direktor: Prof. Dr. Hegemann.

2. bis 7. November 1964

Würzburg, Chirurg. Univ.-Klinik
Direktor: Prof. Dr. Waehsmuth.

4. FRAUENHEILKUNDE

2. bis 6. November 1964

München, I. Univ.-Frauenklinik
Direktor: Prof. Dr. Bickenbach.

26. bis 31. Oktober 1964

Würzburg, Univ.-Frauenklinik
Direktor: Prof. Dr. Schwalm.

Unterkunft und Verpflegung in der Klinik möglich.

Außerdem findet am 3. Oktober 1964, 9.00 Uhr, in der Stiftsklinik Augustinum, München, Gondrellplatz 1, unter der Leitung von Prof. Dr. MICHEL ein Fortbildungslehrgang für Phono-kardiographie statt.

Alle Kolleginnen und Kollegen, welche an einem der vorstehend angekündigten Kurse teilnehmen wollen, werden gebeten, sich wegen Auskunft nur an die Bayerische Landesärztekammer zu wenden und auch nur dort anzumelden. Außer der Teilnahme an den vorstehend aufgeführten Kursen besteht auch die Möglichkeit, als Gastarzt an den genannten Kliniken und darüber hinaus an allen Fachabteilungen der Städtischen Krankenanstalten in Augsburg, München und Nürnberg tätig zu sein. Sofern kein persönlicher Kontakt dorthin besteht, vermittelt die Bayerische Landesärztekammer auf Wunsch gerne eine solche Gastarztstelle.

12. Fortbildungskurs in praktischer Medizin am Tegernsee

Der ärztliche Kreisverband Miesbach veranstaltet am 3. und 4. Oktober 1964 in Bad Wiessee den 12. Fortbildungskurs in praktischer Medizin.

Programm:

Dr. Schaetzing, Berlin:
„Psychologie des Arztes“

Prof. Weißbecker, Kiel:

„Pathogenese, Klinik und Therapie der Fettsucht“

Prof. Siede, Darmstadt:

„Diagnostik von Lebererkrankungen in der Praxis“

Prof. Westermann, Frankfurt:

„Pharmakologische Grundlagen der Therapie des Bluthochdrucks“

Prof. Pierach, Bad Nauheim:

„Blutdruckabfall, seine klinische Bedeutung, Behandlung und Verhütung“

Prof. Müller, Bielefeld:

„Über die Kategorien ärztlichen Denkens, dargestellt an klassischen Diagnosen und Fehldiagnosen“

Dr. Kurov, Berlin:

„Praxisrationalisierung“

Dr. Kirchmaier, Innsbruck:

„Diagnose und Therapie der Atemnot“

Auskunft: Ärztlicher Kreisverband Miesbach, Bad Wiessee, Adrian-Stoop-Straße.

Erster Wasserspartlehrgang des Deutschen Sportärzte-Bundes

vom 5. bis 12. Oktober 1964 am Chiemsee

Ausgerichtet vom Bayerischen Sportärzte-Verband
Allgemeine Leitung: Kapitän H. N. Schunek.

Sportärztliche Leitung: Chefarzt Dr. E. Gößner,
Vizepräsident des Sportärzte-Bundes und Landesvorsitzender von Bayern.

Vertreter: Dr. med. H. Matusezyk.

Die Delegiertenversammlung und das Präsidium des Deutschen Sportärzte-Bundes haben beschlossen, einen weiteren Fachlehrgang in das Aus- und Fortbildungsprogramm aufzunehmen. Dieser hat den Zweck, auf dem Gebiet des Wassersports besonders interessierte Ärzte jährlich einmal zusammenzurufen.

Der Lehrgang fällt in die wohl schönste und beständigste Wetterlage am Chiemsee. Die Natur ist herbstlich frisch und sehr erholsam.

An Booten stehen während des Lehrgangs acht Kajütboote bis zum 45 qm großen „Nationalen Kreuzer“ sowie etwa 35 Jollen und Katamarane zur Verfügung. Drei Motorboote sorgen für die Sicherheit beim Segeln.

Zulassung: Alle Mitglieder des Deutschen Sportärzte-Bundes mit den nächsten im Haushalt wohnenden Angehörigen (z. B. in der Praxis mitarbeitende Ehefrauen und Kinder). Gäste soweit Platz vorhanden ist. Höchstzahl ca. 100 Personen.

Organisatorische Hinweise:

Technische Leitung: Kapitän H. N. Schunek.
Tageseinteilung (jeweils von Montag bis Freitag):

9.00—12.00 Uhr: Theoretischer Unterricht und Segeln.

14.30—17.00 Uhr: Segeln.

17.00—19.00 Uhr: Wissenschaftliche Referate.

20.00—21.00 Uhr: Diskussion über die vorgetragenen Themen.

Wissenschaftliche Referate:

Montag, 5. Oktober

Erste Hilfe bei Wasserunfällen mit anschließenden Übungen an Rettungsgeräten:

Dr. Koch, Bayerische Sportakademie.

Dienstag, 6. Oktober

Fragen der Wiederbelebung, Reanimation und Schocktherapie:

Frl. Dr. Lehmann, München.

Mittwoch, 7. Oktober

Ärztliche Probleme des Schwimmsportes in den verschiedenen Lebensaltern:

Dr. Karg, Jugendschwimmwart des Bayerischen Schwimm-Verbandes.

Donnerstag, 8. Oktober

Trockentraining zur Konditionsverbesserung: N. N.

Freitag, 9. Oktober

Sonnenbestrahlung und Hautpflege:

Dr. H. Matusezyk u. Frau Ursula Matusezyk.

Montag, 12. Oktober

Daueraufenthalt im Wasser bei Katastrophen —
Schutzkleidung für Wind und Wetter: N. N.

Dienstag, 13. Oktober

Föhn- und Wetterfronten in Klinik und Praxis:
Dr. von Breszowski.

Mittwoch, 14. Oktober

Die Bundesuntersuchungsbogen für den Wassersport — Probleme des Tauchsportes:
Dr. de Werth, Füssen.

Donnerstag, 15. Oktober

Wasserreinhaltung in Flüssen und Seen: N. N.

Freitag, 16. Oktober

Kneippsche Hydro-Therapie u. physikalische Therapie:
Dr. H. Matuszyk, Prien.

Programmänderungen vorbehalten.

Unterbringung: Pension, Gasthof oder Privatquartier direkt bei der Schule.

Bedingung: Jeder Teilnehmer muß sich freigeschwommen haben.

Anzug: Sportlich, d. h. weiße lange oder kurze Hosen, weiße Segelschuhe, nur mit Sohle ohne Profil, weißes Hemd und Pulli.

Für kühle Witterung: Trainingsanzug, blaue Pullis, Anorak, Regenschutzbekleidung.

Anmeldung: Chiemsee-Yachtschule Gollenshausen, 8211 Post Gstadt, Telefon: 0 80 54 / 390.

Das Sekretariat der Yachtschule erledigt alle Unterbringungs- und sonstigen Fragen.

Kosten: Kursusgebühr einschließlich wissenschaftliches Programm, Mittag- und Abendessen in der Yachtschule DM 345,—

Übernachtung und Frühstück je nach Unterbringung DM 110,— bis DM 170,— DM 150,—

Gesamtkosten ca. DM 495,—

Anmeldung: umgehend.

Anfragen aller Art: Chiemsee-Yachtschule Gollenshausen.

Kursusbeginn: 5. Oktober 1964. Anreise möglichst Sonntag, 4. Oktober.

9 Uhr: Begrüßung durch den Vertreter des Deutschen Sportärzte-Bundes, den Leiter der Chiemsee-Yachtschule Gollenshausen sowie einem Vertreter des Chiemsee-Verkehrsverbandes.

Sonstiges

Gesellschaftsprogramm:

Sonntag, 4. Oktober, 20 Uhr:

Begrüßungsabend in der Seglermesse der Yachtschule Gollenshausen.

Freitag, 9. Oktober:

Gesellschaftsabend im Schloßhotel Kloster Seon.

Freitag, 16. Oktober:

Abschiedsabend in der Seglermesse in Gollenshausen.

17./18. Oktober:

Die Teilnehmer des Wassersportlehrganges haben die Gelegenheit, das Absegeln der Chiemsee-Yachtschule Gollenshausen mitzumachen.

Programm:

Samstag, 17. Oktober:

„Konvoiade“ (Fuchsjagd auf dem Chiemsee), abends Feier bei Spießbraten und Faßbier im Bootshaus der Yachtschule.

Sonntag, 18. Oktober:

Teilnahme an der Regatta „Rund um Heigoland“ (rund um die Fraueninsel), soweit Platz an Bord vorhanden.

Ferner:

Golfspiel und Besichtigung der Kneippkuranlagen in Prien.

Besichtigung des Schlosses Herrenchiemsee und der Fraueninsel.

Besichtigung von Salzburg.

Besichtigung der Klepperwerke in Rosenheim.

35. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie

Die 35. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie findet vom 13. bis 17. Oktober 1964 in München im Deutschen Museum statt. Themen: 1. Morphologie und Physiologie des Uterusmuskels; 2. Die Ovulation, ihre Anatomie, Pathologie, Physiologie, Auslösung und Unterdrückung; 3. Die Bedeutung der Toxoplasmose für den Geburtshelfer; 4. Ergebnisse der Behandlung mit energiereichen Strahlen in der Gynäkologie, ihre Radiometrie und Dosimetrie sowie die Zukunft der gynäkologischen Strahlentherapie. Außerdem ist beabsichtigt, ein Podiumsgespräch über die Diagnose der fetalen Hypoxie und Azidose und ihre geburtshilflichen Folgerungen zu halten. Anfragen an Prof. Dr. med. G. Martius, I. Universitäts-Frauenklinik, 8 München 15, Maistraße 11.

Hauptversammlung des Berufsverbandes Gynäkologie e. V.

Am 15. Oktober 1964, 17 Uhr, findet in München im Großen Saal des Deutschen Museums (im Anschluß an die wissenschaftliche Sitzung der „Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie“) die Hauptversammlung des Berufsverbandes Gynäkologie statt.
Programm:

1. Tätigkeitsbericht (inkl. neuer Gebührenordnung und Krankenversicherungsneuregelungsgesetz).
2. Neufassung der Verbandssatzung.
3. Chirurg.-Gynäk. Abkommen.

Herbsttagung der Bayerischen Röntgengesellschaft

Die Herbsttagung der Bayerischen Röntgengesellschaft findet am 17. und 18. Oktober 1964 in Ansbach statt.

Programm:

Samstag, 17. Oktober 1964:

„Radiologische Diagnostik der Nierenkrankheiten“
„Ist die Entzündungsbestrahlung auch heute noch indiziert?“

Sonntag, 18. Oktober 1964:

Freie Vorträge

„Methoden der Funktionsdiagnostik“

Auskunft: Riederinstitut, 8 München 15, Ziemssenstr. 1

15. Wissenschaftliche Ärztetagung in Nürnberg

Die 15. Wissenschaftliche Ärztetagung Nürnberg, veranstaltet von der Bayerischen Landesärztekammer unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. R. SCHUBERT, findet vom 4. bis 6. Dezember 1964 in der Meistersingerhalle statt.

Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, 8 München 23, Königstraße 85.

KONGRESSKALENER

Da die Termine der Kongresse manchmal geändert werden, empfehlen wir auf jeden Fall, vor dem Besuch einer Tagung sich noch einmal mit dem Kongreßbüro bzw. der Auskunftsstelle in Verbindung zu setzen.

September 1964

25.—27. 9. in Augsburg: 34. Vortragsreihe des „Augsburger Fortbildungskongresses für praktische Medizin“. Auskunft: Sekretariat der Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin, Augsburg, Schaezlerstr. 19.

September/Oktober 1964

28. 9.—16. 10. in Neuherberg bei München: Strahlenschutzkurs (Einführungskurs, 1. und 2. Fortbildungskurs) für Ärzte, Tierärzte, Apotheker usw. Auskunft: Dr. med. R. Wittenzeller, Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstr. 1, Post Schießheim.

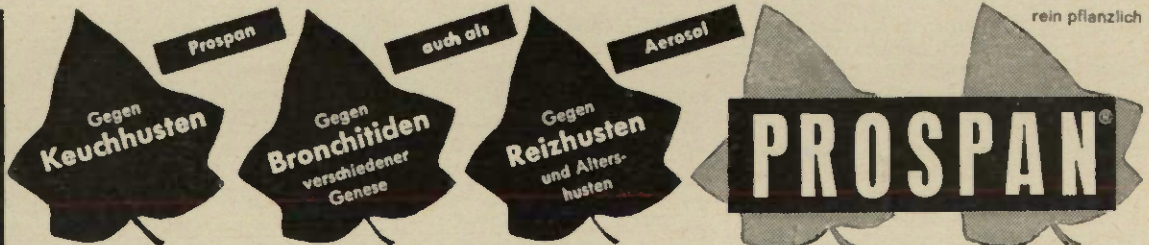
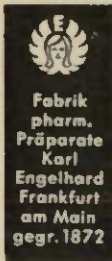


Dismenol

zur gezielten Therapie
der Dysmenorrhoe

durch Spasmyolyse im Genitaltrakt
und zuverlässige Analgesie

(Parasulfamidobenzoessäure 0,05 g
Dimethylamino-phenyldimethylpyraz. 0,15 g)
AGpharm, Luzern
Hersteller in Deutschland:
Simons Chemische Fabrik, Gauting bei München



PROSPAN-Tropfen: O. P. Tropfflaschen mit 20g, 50g, 100ccm · PROSPAN-Zäpfchen: O. P. Foltschachtel mit 6 Stück (für Kinder u. Erwachsene)

Auch bei **Mykosen=Jacosulfon** ungt. pulv. } im Wechsel auftragen



SIE HABEN WENIG ZEIT, HERR DOKTOR?

Dann können SAN-GLOVE-Handschuhe Ihnen und Ihrem Personal eine wertvolle Hilfe sein. Diese Handschuhe sind aus Plastik und werden nach einmaligem Gebrauch einfach fortgeworfen. Kein Waschen mehr, kein Trocknen, kein Sterilisieren. SAN-GLOVE-Handschuhe sind hauchdünn und reißfest. Wie eine zweite Haut umgeben sie die Hand und bewahren das natürliche Tastgefühl. SAN-GLOVE-Handschuhe haben sich in Amerika tausendfach bewährt. Die Zahl der namhaften Kliniken und Ärzte die SAN-GLOVE-Handschuhe verwenden ist jetzt auch in Deutschland ständig im Steigen begriffen.

San-Glove der Arzthandschuh
von der Rolle

Bitte, lassen Sie von Ihrer Assistentin den Gutschein ausschneiden und unverbindlich ein Muster und ausführliches Prospektmaterial anfordern. Es geht Ihnen postwendend zu.

GUTSCHEIN Nr. 111
für die unverbindliche Zusendung eines SAN-GLOVE-Musters in der Größe

Klein (Gr. 6-7) Mittel (Gr. 7 1/2-8 1/2)
Groß (Gr. 8 1/2 und größer)

Name

Wohnort

Straße

SANPACK-Gesellschaft Greiner & Co.,
2 Hamburg-Billstedt 1, Berzeliusstraße 89

Wenn's um Geld geht

SPARKASSE



... auch bei Budgetfragen, denn gut Haushalten hilft sparen

Oktober 1964:

- 1.—3. 10. in Berlin: 8. Jahresversammlung der Deutsch-Englischen Ärztevereinigung. Auskunft: Dozent Dr. G. Griesser, Tübingen, Postfach 161.
- 2.—4. 10. in Bad Nauheim: Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde. Auskunft: Prof. Dr. Pauleikhoff, 44 Münster, Univers.-Nervenklinik.
- 3.—4. 10. in Bad Wiessee: 12. Fortbildungskurs in praktischer Medizin. Auskunft: Ärztlicher Kreisverband Miesbach, Bad Wiessee, Adrian-Stoop-Straße.
- 4.—7. 10. in Warschau: Symposium der Europäischen Vereinigung gegen Poliomyelitis und verwandte Krankheiten. Auskunft: Dr. Krause-Wichmann, Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung e. V., Düsseldorf, Aufm Hennekamp 70.
- 4.—10. 10. in Belmenhorst: Fortbildungskurs für medizinische Psychologie und psychologische Diagnostik (8. Treysaer Fortbildungskursus). Auskunft: Prof. Dr. W. Enke, Delmenhorst, Wichernstift, Postfach 152.
5. 10. in Essen: 7. Mitglieder-Versammlung des Stifterverbandes für die Deutsche Wissenschaft. Auskunft: Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft, 43 Essen-Bredeney, Postfach 360
- 5.—8. 10. in Bad Nauheim: Herbsttagung der Deutschen Pharmakologischen Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. F. Lembeck, Pharmakologisches Institut der Universität Tübingen, Wilhelmstraße 56.
- 5.—8. 10. in Perugia (Italien): X. Internationaler Kongreß für prophylaktische Medizin und Sozialhygiene. Auskunft: Prim. Dr. med. habil. A. Rottmann, Wien IX, Liechtensteinstraße 32/4.
- 5.—9. 10. in Neuherberg bei München: 1. Fortbildungskurs I. Strahlenschutz für Ärzte, Tierärzte, Apotheker, Biologen. Auskunft: Dr. med. R. Wittenzellner, Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 5.—15. 10. in Erlangen: 2. Kurs für ungeprüfte Röntgenheferrinnen. Auskunft und Anmeldung: Bayerische Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85.
- 5.—17. 10. in Gollenshausen/Chiemsee: 1. Wassersportlehrgang des Deutschen Sportärztesbundes. Auskunft: Chiemsee-Yachtschule Gollenshausen.
- 6.—7. 10. in Nürnberg: Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung. Auskunft: Sekretariat, Frankfurt/Main, Feldbergstraße 28.
- 6.—9. 10. in Gütersloh: XVII. Gütersloher Fortbildungswoche. Auskunft: Prof. Dr. W. Th. Winkler, Westfälisches Landeskrankenhaus, Gütersloh, Hermann-Simon-Straße 7.
- 6.—11. 10. in Budapest: III. Ungarischer Kongreß für Therapie und pharmakologische Forschung. Auskunft: J. Purman, Generalsekretär des Organisationskomitees, Budapest 502, Postfach 18.
- 8.—10. 10. in Baden-Baden: Tagung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie. Auskunft: Prof. Dr. W. H. Fähndrich, Chefarzt und Direktor des Staatl. Krankenhauses „Landesbad“, Baden-Baden.
- 8.—11. 10. in Regensburg: 33. Fortbildungskurs des Regensburger Kollegiums. Themen: „Angiopathien, Zytostatica und Neurologie in der Praxis.“ Auskunft: Sekretariat der Kursleitung, Regensburg, Altes Rathaus.
- 9.—10. 10. in Regensburg: XIV. wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Herdforchung und Herdbekämpfung. Auskunft: Prof. Dr. A. J. Hattemer, 6535 Gau Aigesheim, Ingelheimer Straße 75.
- 9.—10. 10. in Tübingen: Jahrestagung der Deutschen Hämatologischen Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. K. Betke, Universitäts-Kinderklinik, Tübingen.
- 9.—11. 10. in Aachen: 9. Internationale Tagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Phlebologie. Auskunft: Dr. G. Wesener, Aachen, Wilhelmsstraße 113—115.
- 9.—11. 10. in Bad Homburg: 8. Arbeitstagung „Therapie über das Nervensystem“ des Arbeitskreises für neurovegetative Therapie. Auskunft: Dr. D. Gross, Frankfurt/Main, Biebergasse 1.
- 9.—11. 10. in Oberstdorf: 17. Bayerischer Ärztetag. Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85.
10. 10. in Würzburg: 12. Fortbildungskurs der Deutschen Gesellschaft Medizinisch-Technischer Assistentinnen e. V. Auskunft: Frau Grete Maier, Pathologisches Institut der Universität, 87 Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2.
- 10.—11. 10. in Bad Mergentheim: 3. Bad Mergentheimer Stoffwechselftagung. Auskunft: Dr. Berensmann, Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32.
- 11.—15. 10. in Madrid: V. Kongreß für Allergologie der Internationalen Gesellschaft der Allergologie. Auskunft: Prof. C. Jimenez Diaz, General Mola 9, Madrid.
- 11.—15. 10. in Mexiko City: 8. Internationaler Kongreß des American College of Chest Physicians. Auskunft: Prof. Dr. Hein, Tönshelde, Post Innien über Neumünster. Kongreßreise: Prospekte durch Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 11.—16. 10. in Bad Homburg v. d. H.: 60. Deutscher Bädertag. Auskunft: Deutscher Bäderverband e. V., Bonn, Poppelsdorfer Allee 27.
- 12.—15. 10. in Berlin: 5. Wissenschaftliche Tagung (mit internationaler Beteiligung) der Sektion Chirurgie der Deutschen Gesellschaft für klinische Medizin. Auskunft: Sekretariat der Sektion Chirurgie der Deutschen Gesellschaft für klinische Medizin, 1 Berlin-Buch, Lindenberger Weg 80, Robert-Rössle-Klinik.
- 12.—16. 10. in Neuherberg bei München: 2. Fortbildungskurs I. Strahlenschutz für Ärzte, Tierärzte, Apotheker, Biologen. Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 12.—18. 10. in Hamburg: 1. Welt-Fettkongreß. Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Fettwissenschaft e. V., Dr. Tobschirbel, Münster/Westf., Lortzingstraße 10.
- 12.—23. 10. in München: Ausbildungslehrgang für Desinfektoren. Auskunft: Max-v.-Pettenkofer-Institut, München 15, Pettenkoferstraße 9a.
13. 10. in München: Tagung der Deutschen Vereinigung für die Gesundheitsfürsorge des Kindesalters. Auskunft: Prof. Dr. A. Loeschke, 1 Berlin 19, Heubnerweg 6.
- 13.—17. 10. in München: 35. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. Auskunft: Prof. Dr. W. Bickelbach, München 15, I. Universitäts-Frauenklinik, Maistraße 11.
- 14.—17. 10. in Salzburg: 2. Internationales Symposium für Hltnkreislauforschung. Auskunft: Dozent Dr. O. Eichhorn, Psychiatrisch-Neurologische Universitäts-Klinik Graz.
- 14.—25. 10. in Neuherberg bei München: Strahlenschutz-Sonderkurs für das Deutsche Rote Kreuz. Auskunft: Dr. med. R. Wittenzellner, Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
15. 10. in München: Jahres-Hauptversammlung des Berufsverbandes Gynäkologie. Auskunft: Dr. F.-B. Rüdiger, Vorsitzender des Berufsverbandes Gynäkologie, Hamburg 36, Dammtorstraße 27/I.
- 15.—16. 10. in Münster: 22. Kongreß der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e. V. Auskunft: Prof. Dr. O. Hepp, Orthopädische Universitätsklinik (Hüfferstiftung), Münster/Westfalen.
- 15.—17. 10. in Baden-Baden: 8. Herbsttagung für Balneologie und Physikalische Therapie. Auskunft: Dr. Richard Walter, Baden-Baden, Sofienstraße 35.
- 16.—17. 10. in Bonn: Tagung der Deutschen Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie. Auskunft: Frau Dr. L. Stollreiter, Heidelberg, Handschuhhelmer Landstraße 46.

- 16.—17. 10. in Mainz: 3. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin. Auskunft: Dr. Fuchs, München-Allach, Krauß-Maffel-Straße 2.
- 16.—18. 10. in Düsseldorf: 91. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Auskunft: Dr. Winter, Düsseldorf, Lindemannstraße 38.
17. 10. in München: Kolloquium über Laboratoriumsdiagnostik im Rahmen der diesjährigen Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. Auskunft: Dr. E. Kub, 1. Universitäts-Frauenklinik, 8 München 15, Maistraße 11.
17. 10. in Zürich: Tagung über aktuelle verkehrsmedizinische Probleme der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin e. V. gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche und soziale Medizin. Auskunft: Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin e. V., Institut für gerichtliche Medizin der Universität, Mainz, Langenbeckstraße 1.
- 17.—18. 10. in Ansbach: Herbsttagung der Bayerischen Röntgengesellschaft. Auskunft: Dr. A. Breit, Riederinstitut, München 15, Ziemssenstraße 1.
- 17.—18. 10. in Stuttgart: 10. Jahrestagung über die zytosmatische Therapie und Desensibilisierungsbehandlung mit Modifikation der Eigenbluttherapie. Auskunft: Dr. K. Theurer, 7 Stuttgart, Frauenkopfstraße 49.
- 18.—25. 10. in Schloß Elmau/Obb.: Tagung „Psychotherapie und Seelsorger“. Auskunft: Stuttgarter Gemeinschaft „Arzt und Seelsorger“, Stuttgart-W, Gustav-Siegle-Straße 43.
- 19.—21. 10. in New York: Internationale Asbestosekonferenz. Auskunft: J. Sellkoff, M. D., Chairman, Conference on the Biological Effects of Asbestos, The New York Academy of Sciences, 2 East 63rd St., New York 21, N. Y./USA.
- 19.—23. 10. in Berlin: Lärmkurs „Problematik der Lärmbelastung“ der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin. Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, 1 Berlin 19, Soorstraße 83.
- 19.—24. 10. in Wien: 18. Österreichischer Ärztekongreß-Van-Swieten-Tagung. Auskunft: Österreichische Ärztekammer, Kongreßreferat, Wien 1, Welhburggasse 10—12.
- 19.—30. 10. in Stuttgart: Einführungskurs in die Homöopathie. Auskunft: Prof. Dr. H. Ritter, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart 1, Hahnemannstraße 1.
- 19.—31. 10. in Tübingen: 1. Tübinger Tropenkurs. Auskunft: Prof. Dr. L. Fischer, Tropenmedizinisches Institut der Universität, Tübingen, Wilhelmstraße 11.
- 21.—22. 10. in Frankfurt/Main: Kongreß der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege e. V. Auskunft: Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e. V., 6 Frankfurt/Main, Cronstettenstraße 26.
- 21.—23. 10. in Heidelberg: VIII. Fortbildungskurs für sozialmedizinische Begutachtungspersonen für Ärzte und Juristen. Auskunft: Prof. Dr. K. Hoildack, 1 Berlin 47, Rudower Straße 56, Städtisches Krankenhaus Neukölln.
- 21.—24. 10. in Baden-Baden: Herbsttagung für Balneologie. Auskunft: Dr. R. Walter, Baden-Baden, Sofienstraße 35.
- 22.—24. 10. in Hamburg: 5. Tagung der Vereinigung Deutscher Strahlenschutzärzte. Auskunft: Dr. H.-A. Ladner, 78 Freiburg, Tuillastraße 7.
- 22.—24. 10. in Heidelberg: Symposion der Gesellschaft für Nuklearmedizin. Auskunft: Prof. Dr. J. Becker, Universitäts-Strahlenklinik Heidelberg.
- 22.—25. 10. in Berlin: 1. Kongreß der Sektion Dermatologie der Deutschen Gesellschaft für klinische Medizin. Auskunft: Prof. Dr. Dr. W. Gertler, Universitäts-Hautklinik, 1 Berlin N 4, Schumannstraße 20—21.
- 22.—25. 10. in Göttingen: Arbeitstagung der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft e. V. Auskunft: Dr. T. F. Hau, 3405 Tiefenbrunn bei Göttingen, Niedersächsisches Landeskrankenhaus.
- 23.—25. 10. in Erlangen: Fortbildungskurs in der Elektrokardiographie. Auskunft: Dr. Stephan, Medizinische Poliklinik Erlangen, Östliche Stadtmauerstr. 29.
24. 10. in Bad Berka: Tagung „Thoraxchirurgie“. Auskunft: Prof. Dr. med. habil. Hasche, thoraxchirurgische Abteilung der Heilstätten Bad Berka.
- 24.—25. 10. in Basel: Fortbildungskurs der Deutschen Gesellschaft medizinisch-technischer Assistentinnen (Landesverband Bayern). Auskunft: Frau Grete Maier, Pathologisches Institut der Universität, 87 Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2.
- 24.—25. 10. in Boppard/Rhein: Wochenendtagung der Ärztlichen Gesellschaft für Hydrotherapie, Physiotherapie, Kneippärztebund e. V. Bad Wörishofen. Auskunft: Kneippärztebund e. V., Bad Wörishofen.
- 25.—29. 10. in Tokio: 15. Kongreß der Internationalen Sportärztereinigung. Auskunft: Prof. Dr. R. Natori, Jikei 2-chome, Shiba Atago-cho, Minatoku, Tokio, Japan.
- 26.—27. 10. in Bad Nauheim: Herbst-Fortbildungstagung des Bundes der Deutschen Medizinalbeamten. Auskunft: Medizinaldirektor Dr. Kiß, 851 Fürth, Blumenstraße 22/0.
- 26.—30. 10. in Berlin: Praktikum zur Einführung in die Arbeitsmedizin mit Übungen. Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, 1 Berlin 19, Soorstraße 83.
- 26.—30. 10. in Hamburg: Gynäkologische Fortbildungswoche. Auskunft: Sekretariat der Universitäts-Frauenklinik, 2 Hamburg 20, Martinstraße 52.
- 26.—31. 10. in Hamburg: 3. Fortbildungskurs für Kinderärzte an der Universitäts-Kinderklinik (Referate, Kolloquien, Demonstrationen). Auskunft: Priv.-Dozent Dr. R. Grütner, Universitäts-Kinderklinik und Poliklinik, 2 Hamburg 20, Martinstraße 52.
- 29.—31. 10. in Bad Nenndorf: Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Balneologie, Bioklimatologie und Physikalische Medizin. Auskunft: Bäderwissenschaftliches Institut, Bad Salzuflen, Bismarckstraße 12.
- 30.—31. 10. in Basel: Gemeinsame Tagung der Schweizerischen Gesellschaft für klinische Zytologie und der Deutschen Gesellschaft für angewandte Zytologie. Auskunft: Privatdozent Dr. J. Berger, Universitäts-Frauenklinik, Basel.
- 30.—31. 10. in Mainz: Symposium über parenterale Ernährung. Auskunft: Dr. Charlotte Lehmann, 8 München 8, Ismaninger Straße 22.

Cardalept®

das Herz- und Kreislaufmittel für die tägliche Praxis bei hypotoner Kreislaufinsuffizienz mit Neigung zu orthostatischem Kollaps und Schwindelzuständen, Coronerschädigung und Tonusverlust des Herzmuskels, postoperativer und postinfektiver Kreislaufschwäche, Cor nervosum O. P. 20 ml O. P. 50 ml KEIMDIAT G.m.b.H. Augeburg, Biol. Pharm. Präparate



31. 10. in Freiburg: 4. Arbeitstagung, mit internationaler Beteiligung, der deutschsprachigen mykologischen Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. H.-J. Heite, Universitäts-Hautklinik, Freiburg, Hauptstraße 7.

Oktober/November 1964:

26. 10.—8. 11. in Neuherberg bei München: Strahlenschutzkurs für Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.

30. 10.—1. 11. in Ulm: 27. Arbeitstagung der Arbeitsgemeinschaft für Erfahrungsheilkunde. Auskunft: Arbeitsgemeinschaft für Erfahrungsheilkunde, 79 Ulm/Donau, Postfach 435.

31. 10.—1. 11. in Erlangen: 5. Praktischer Gastroenterologischer Fortbildungskurs. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. K. Heinkele, Medizinische Univ.-Klinik, Erlangen.

November 1964:

1.—7. 11. in Höxter/Weser: 14. Ärztlicher Fortbildungskurs für physikalische und neurotopische Medizin. Auskunft: Prof. Dr. H. Lampert, 347 Höxter/Weser, Weserberglandklinik.

2.—8. 11. in Berlin: Internationales Symposium über kortikowiszerale Physiologie und Pathologie. Auskunft: Prof. Dr. R. Baumann, Institut für Koriikowiszerale Pathologie und Therapie, 1 Berlin-Buch, Wiltbergstraße 50.

5.—6. 11. in Köln: Unfallmedizinische Tagung. Auskunft: Landesverband Rheintand-Westfalen der gewerblichen Berufsgenossenschaften, 43 Essen, Hoffnungstraße 2.

6.—8. 11. in Kassel: EKG-Übungs- und Fortbildungskurs. Auskunft: Prof. Dr. R. Heinecker, Medizinische Klinik, 11. Stadt Krankenhaus, 35 Kassel.

8.—8. 11. in Badenweiler: 1. Badenweiler Symposion. Thema: „Der gegenwärtige Stand des Osteoporoseproblems“. Auskunft: Dr. Kellner, Ärztevereinigung Badenweiler, 7847 Badenweiler/Schwarzwald.

8.—9. 11. in Stuttgart: 1. Fortbildungskongress für praktische Medizin der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg. Auskunft: Dr. Berensmann, 7 Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32.

7. 11. in Würzburg: 13. Fortbildungskursus für Laboratoriumsassistentinnen der Deutschen Gesellschaft medizinisch-technischer Assistentinnen e. V. Auskunft: Frau Grete Maier, 87 Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2.

7.—8. 11. in Erlangen: 5. praktischer gastroenterologischer Fortbildungskurs über aktuelle Fortschritte der Gastroenterologie. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. K. Heinkele, Medizinische Klinik und Poliklinik der Universität, 852 Erlangen, Krankenhausstraße 12.

7.—8. 11. in München: Fortbildungsveranstaltung über aktuelle Fragen der Arbeitsmedizin der Landesärztekammer im Zusammenwirken mit dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge, dem Bayerischen Landesinstitut für Arbeitsmedizin, den Landesverbänden Nord- und Südbayern des Verbandes der deutschen Werksärzte e. V., der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und dem Landesverband Bayern der gewerblichen Berufsgenossenschaften. Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85.

9.—14. 11. in Innsbruck: Einführungskurs in die praktische Elektrokardiographie. Auskunft: Sekretariat Medizinische Univ.-Klinik, z. H. Frau Boida, Innsbruck.

12.—13. 11. in Wiesbaden: Jahrestagung des Deutschen Arbeitsrings für Lärmbekämpfung e. V. (DAL). Auskunft: Deutscher Arbeitsring für Lärmbekämpfung e. V., 532 Bad Godesberg, Plittersdorfer Straße 93.

14.—15. 11. in Ertangen: 4. Bayerische Internisten Tagung. Auskunft: Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns, 8036 Herrsching vor München, Summerstraße 3.

14.—15. 11. in Innsbruck: Klinisches Wochenende der Medizinischen Universitätsklinik Innsbruck: „Indikationen und Gefahren der Steroidtherapie“. Auskunft: Sekretariat Medizinische Univ.-Klinik, z. H. Frau Boida, Innsbruck.

14.—15. 11. in Wien: 2. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Kinderheilkunde. Auskunft: Sekretariat der Österreichischen Gesellschaft für Kinderheilkunde, Wien 1X, Universitäts-Kinderklinik, Spitalgasse 23.

16.—21. 11. in Innsbruck: Einführungskurs in die Hämatologie mit praktischen Übungen. Auskunft: Sekretariat Medizinische Univ.-Klinik, z. H. Frau Boida, Innsbruck.

23.—27. 11. in Neuherberg bei München: Einführungskurs in den Strahlenschutz für Oberinnen, Lehrschwestern, Röntgen- und Radiumschwwestern. Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.

26.—28. 11. in Gießen: 87. Fortbildungskurs für Ärzte. Thema: „Aktuelle pädiatrische Fragen in der kinderärztlichen, geburtshilflichen und allgemeinen Praxis“. Auskunft: Sekretariat der Ärztlichen Fortbildungskurse, Pathologisches Institut der Universität, 63 Gießen, Klinikstraße 32g.

November/Dezember 1964:

30. 11.—5. 12. in Wiesbaden: Gynäkologisches und geburthilfliches Symposium am Krankenh. Auskunft: Prof. Dr. Albers, Frauenklinik der Städt. Krankenh. anstalten Wiesbaden.

Bettagenhinweis

Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beigelegt:

Klinge, München 23
 Belersdorf & Co., Hamburg
 Dr. R. Reiss, Berlin
 Temmler-Werke, Marburg
 Dr. Karl Thomae, GmbH, Biberach

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85/III, Tel. 38 11 21. Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein.

Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Bezugspreis vierteljährlich DM 2.40 einschl. Postzeitungsgebühren. Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten. Postscheckkonto Nr. 52 52, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Anzeigenverwaltung:



Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8 München 15, Sonnenstr. 29, Telefon-Sammel-Nr. 55 80 81, Fernschreiber 05 23662, Telegrammadresse: Gablerpreß. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharschinger, München. Druck: Richard Pfaum Verlag, München. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrophotographie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlags. Rücksendung nichtverlangter Manuskripte erfolgt nur, wenn vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beiliegt. Bei Einsendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.

Nuclinal

mit großem Indikationsbereich

Vitamin-Heilcreme

LYSSIA-WERKE · WIESBADEN