BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 8 | München, August 1967 | 22. Jahrgang

Die Therapie der akuten Virushepatitis*)

Von Professor Dr. W. Siede

Bei der Behandlung einer Infektionskrankheit ist es das erstrangige therapeutische Prinzip, eine gegen den Erreger direkt wirksame Substanz einzusetzen und damit eine spezifische ätiotrope Therapie zu treiben. Bei der akuten Virushepatitis ist dieses Vorgehen nicht möglich, da zwar seit unseren Untersuchungen aus dem Jahre 1941 (SIEDE und Mitarb.) als Erreger ein Agens von Virusnatur vermutet wird und diese Auffassung durch neuere Untersuchungen mittels der Gewebekulturtechnik seitens einer nordamerikanischen Forschergruppe (RIGHTSEL, TAYLOR, McLEAN), denen die Züchtung des mutmaßlichen Hepatitis-Virus aus dem Blut Hepatitiskranker auf Zellkulturen von Primatenzellen gelang, hochwahrscheinlich gemacht ist, das infektiöse Agens aber in seinen Einzelheiten noch nicht genügend definiert und ein gegen dieses gerichtetes Arzneimittel noch nicht zur Verfügung steht. Die unter der Vorstellung einer virociden Therapie empfohlene Anwendung von Tetracyclin durch WODRASKA und Chlortetracyclin durch RISSEL und SCHNACK, die bei Einsatz dieser Antibiotika in der Frühphase der Hepatitis wirksam sein soll, konnte bei Nachuntersuchungen nicht bestätigt werden. Auch eigene Untersuchungen mit verschiedenen Antibiotika verliefen negativ. Möglichkeiten, den Verlauf einer akuten Virushepatitis durch Arzneimittel zu beeinflussen, können daher nur im Repertoire einer symptomatischen Therapie zu suchen sein. Auf diesem Gebiet wurde im vergangenen Vierteljahrhundert eine große Anzahl von therapeutischen Empfehlungen gegeben, die von der Anwendung der Schaflaus bis zu den hochdifferenzierten Kortisonderivaten reicht. Die meisten der empfohlenen therapeutischen Wege konnten wohl nur deshalb Eintritt in die Therapie finden, weil der größte Teil der Fälle von akuter Virushepatitis glücklicherweise spontan zur Abheilung kommt, ohne jede Therapie und trotz zahlreicher sinnloser, durch nichts begründeter therapeutischer Maßnahmen, von denen manchmal nur feststeht, daß sie die Leberfunktion belasten. Ich denke dabei nicht nur an Präparate, die Außenseiter empfehlen, sondern auch an solche, die von renommierten pharmazeutischen Firmen ohne objektives der Kritik standhaltendes Beweismaterial hinsichtlich ihrer therapeutischen Wirksamkeit mit großem Propagandaaufwand in die Therapie der akuten Virushepatitis eingeschleust wurden. Der Empfehlung aller möglichen therapeutischen Wege ist auch deshalb Tür und Tor geöffnet, weil der wechselhafte spontane Verlauf der akuten Virushepatitis, der vom genius epidemicus und vielen zusätzlichen Faktoren abhängig ist, wobei Alter, Geschlecht, Immunitätslage, Infektionsweg besonders bedeutungsvoll sein dürften, eine vergleichende naturwissenschaftlich fundierte, nach den Gesetzen der vergleichenden Therapie ausgerichtete, statistisch gesicherte Auswertung von Hepatitisfällen bei Einsatz verschiedener therapeutischer Maßnahmen außerordentlich erschwert. Die Beurteilung eines möglichen therapeutischen Effektes eines Arzneimittels ist weiter dadurch kompliziert, daß es nicht von vorneherein abzusehen und am Ablauf des Krankheitsbildes nicht ohne weiteres abzulesen ist, ob und inwieweit eine definitive völlige Abheilung der Krankheit, d. h. also eine restitutio ad integrum, erfolgt, da etwa 20% der Virushepatitisfälle protrahiert ablaufen und ein Teil derselben in eine chronische Hepatitis und wohl auch in eine Zirrhose übergehen kann. Daher ist es bei Beurteilung eines Therapieverfahrens naturgemäß auch von entscheidender Bedeutung, ob dieses in der Lage ist, die Entwicklung eines chronischen Krankheitsbildes nach Virushepatitis zu verhindern, wie das für einen Teil der Fälle bei Einsatz eines Kortisonderivates anzunehmen ist. Schließlich ist bei einem Therapeutikum auch die Frage zu prüfen, ob es in der Lage ist, akute Komplikationen der Virushepatitis, speziell die der Entwicklung einer Leberinsuffizienz mit Coma hepaticum zu verhindern.

Das therapeutische Vorgehen bei der akuten Virushepatitis muß daher folgende Ziele anstreben:

1. Abkürzung der Krankheitsdauer
2. Abkürzung der Gelbsuchtsdauer
3. Verhütung des Auftretens einer Leberinsuffizienz
4. völlige Abheilung, bzw. Verhütung des Auftretens von Spätfolgen wie chronische Hepatitis und Leberzirrhose

Nach dem heutigen Stand läßt sich das therapeutische Vorgehen bei der akuten Virushepatitis in eine Basis-Therapie und zusätzliche, z. T. differenzierte Behandlungsverfahren gliedern.

Die Basis-Therapie besteht in der Trias: Bettruhe, feuchtwarme Leberwickel und Diät. Diese Maßnahmen sind bei den leichten und den meisten mittelschweren Verlaufsformen völlig ausreichend.

*) Vortrag bei der 17. Wissenschaftlichen Ärztetagung Nürnberg am 9.—11. Dezember 1966.
Alle Vorträge dieser Fortbildungstagung erscheinen in Band 6 der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe.

Der Einsatz zusätzlicher Behandlungsverfahren ist nur dann berechtigt, wenn ein schwereres Krankheitsbild mit starkem Ikterus, erheblicher Inappetenz, starker Leberschwellung und -verhärtung und drohender Leberinsuffizienz vorliegt, wenn Komplikationen auftreten oder die Entwicklung einer subchronisch-chronischen Verlaufsform sich anbahnt.

Die Einhaltung der Bettruhe ist ein Gebot, welches von allen anerkannten Lebertherapeuten gefordert wird. Es wird unter anderem dadurch begründet, daß die Leber im Liegen optimal durchblutet wird, wie BRADLEY nachgewiesen hat. Die gute Durchblutung der Leber wird als Voraussetzung für einen normalen Ablauf der Heilvorgänge betrachtet. GUTZEIT sprach in diesem Zusammenhang von der „heilenden Hyperämie". Demgegenüber fällt der Nachteil, womit langfristige Bettruhe verbunden ist, indem sich eine negative Stickstoffbilanz, eine erhöhte Ausscheidung von Kalzium und Phosphat und eine Erniedrigung des Blutvolumens mit einer verminderten Anpassungsfähigkeit des Kreislaufes ergibt, nicht allzusehr ins Gewicht. Das Gebot der Bettruhe wird meines Erachtens auch nicht durch die Beobachtung amerikanischer Autoren in Frage gestellt, welche bei Armeeangehörigen während des Korea-Krieges selbst ohne geregelte Bettruhe keine Beeinträchtigung des Verlaufes, insbesondere keine Verlängerung der Krankheitsdauer oder etwaige Zunahme chronischer Spätfolgen feststellten, weil diese Erhebungen bei einem ausgesuchten Krankengut, nämlich bei gesunden jugendlichen Soldaten durchgeführt wurde, so daß dieses Ergebnis nicht verallgemeinert werden darf. Nach unseren Erfahrungen stellt die strikte Bettruhe eine unabdingbare Voraussetzung für eine glatte Abheilung der Virushepatitis dar. Vorwiegend bei Kranken, die sich nicht an diese Empfehlung halten, treten Rezidive und chronische Verlaufsformen auf. Nur bei Kranken im Greisenalter ist das Gebot der absoluten Bettruhe zu lockern. Nach Überwindung der akuten Krankheitsphase, also schon bei Rückgang der Gelbsucht, sollten diese Kranken mehrmals täglich auf den Bettrand oder in einen bequemen Sessel gesetzt werden, um die aus konsequenter Ruhigstellung sich ergebenden nachteiligen Folgen für den Kreislauf zu vermeiden. Für die übrigen Kranken kann das Gebot der Bettruhe erst gelockert werden, wenn die Gelbsucht abgeklungen, der Lebertastbefund weitgehend normalisiert und das Serumbilirubin sowie die Transaminasen zur Norm zurückgekehrt sind, und wenn auch nach Aufstehen die Urobilinoide im Urin nicht mehr vermehrt sind. Dem Prinzip der heilenden Hyperämie sollen auch die feuchten Leberwickel dienen. Wenn auch nach den neueren Untersuchungen von DEMLING und GROMOTKA es als fraglich betrachtet werden muß, ob feuchtwarme Leberwickel tatsächlich die Durchblutung der Leber steigern, so möchten wir doch an dieser Maßnahme festhalten, weil diese von den meisten Kranken als angenehm empfunden werden, indem das oft vorhandene lästige Druck- und Spannungsgefühl in der Lebergegend danach gelindert wird. Kurzwellen-Therapie der Leber gilt demgegenüber für kontraindiziert bei der Virushepatitis, da danach Exazerbationen der Gelbsucht beobachtet wurden.

Die Diät spielt auch heute noch bei der Behandlung der Virushepatitis eine große Rolle, wenn sie auch im Laufe der Zeit erheblichen Wandlungen unterworfen war und ihre allgemein anerkannten Prinzipien durch neuere Untersuchungen etwas in Frage gestellt wurden. So hat sich bei der Darreichung von extremen Diäten, die zum Teil sehr fettreich gestaltet oder kalorienmäßig den Wünschen der Patienten entsprechend zusammengesetzt waren, ergeben, daß der Verlauf der Krankheit durch solche, unseren bisherigen Vorstellungen über eine zweckmäßige Kost widersprechenden Maßnahmen nicht ungünstig beeinflußt wurde, sondern daß sogar bei Kranken mit fettreicher Diät (150 g Fett pro die) eine kürzere Krankheitsdauer festgestellt wurde als bei einer konventionell ernährten Kontrollgruppe (CHALMERS und Mitarb.). Andererseits wurde dadurch nicht der Beweis erbracht, daß eine so frei zusammengesetzte fettreiche Diät unschädlich ist.

Was den Eiweißgehalt der Diät anbelangt, so sind wir seit langem von der früher geübten extrem eiweißbeschränkten bis eiweißfreien Kost abgekommen, da Eiweißmangel = Aminosäuremangel für die erkrankte Leber ebenso schädlich ist wie für die gesunde, wie es in zahlreichen experimentellen Untersuchungen gezeigt wurde. Eine stärkere bis mäßige Einschränkung der Eiweißzufuhr ist lediglich in der Entwicklungsphase der Hepatitis ratsam. Bei Entgiftungsstörungen, bzw. drohendem Koma, ist allerdings eine völlige Eiweißkarenz einzuhalten. Bei ungestörter Eiweißverwertung ist die adäquate Zufuhr tierischen Eiweißes zweckmäßig, die neben den Aminosäuren auch die für die Zellkernsynthese notwendigen Nukleoproteide zur Verfügung stellt und auf diese Weise eine allgemeine Leberschutzwirkung ausübt, die wir als „proteinogenen Leberzellschutz" bezeichnet haben. Hinsichtlich der Kohlenhydrate galten und gelten keine Einschränkungen.

Das Prinzip der Diät der akuten Virushepatitis sollte daher darin bestehen, daß einerseits die Entgiftungsarbeit der Leber hinsichtlich der intermediären Abbauprodukte von Fett und Eiweiß nicht über Gebühr belastet, andererseits aber doch eine maßvolle Anreicherung der Leberzelle mit Glykogen und Eiweiß angestrebt wird in der Vorstellung, dadurch die biologische Resistenz der Leber zu steigern und auf diese Weise ihre Entgiftungsfunktion zu fördern. Darüber hinaus müssen die Speisen in einer „leicht verdaulichen", leicht aufspaltbaren, schlackenarmen Form gereicht werden, da die digestive Funktion des Verdauungsapparates bei der Virushepatitis infolge der Hypo- und Dyscholie des Gallenflusses und oft wohl auch infolge Fermentinsuffizienz des Pankreas erheblich eingeschränkt ist. Wir glauben, daß man in der Diätfrage der Virushepatitis grundsätzlich auch dem Instinkt des Kranken Rechnung tragen sollte, zudem kann der Hepatitiskranke in der akuten Entfaltungsphase der Krankheit oft nur eine beschränkte Auswahl von leichten Speisen zu sich nehmen. Demzufolge sollte dem Kranken in der ersten Krankheitsphase eine schlackenarme, leicht aufspaltbare Breikost aus Mehl, Reis, Grieß, Kartoffeln oder Maizena mit Milch, Zucker, Honig, Apfelmus und Zulagen von Milcheiweißprodukten in beschränkter Menge angeboten werden. Der Aufbau der Diät besteht dann in einem dem Krankheitsverlauf stufenweise angepaßten Übergang von einer strengen Leberschonkost zu einer kalorisch ausreichenden Leberschutzkost, die als Endziel 3—5 g/kg Körpergewicht Kohlenhydrate, 1,2—1,5 g/kg Eiweiß und 0,5

bis 1,0 g/kg Fett enthalten sollte. Als Träger tierischen Eiweißes kommen in erster Linie Milch-, Eiereiweiß, magerer Fisch, Geflügel und Kalbfleisch in Frage.

Die Größe der Fettmenge ist auch davon abhängig zu machen, inwieweit der Kranke in der Lage ist, Fett zu emulgieren und aufzuspalten. Man sollte sich diesbezüglich auch von der Farbe des Stuhles leiten lassen; denn wenn der Stuhl stark entfärbt ist, ist nicht anzunehmen, daß ein ausreichender Gallenfluß stattfindet, so daß damit die Aufspaltung der Fette nicht ausreichend sein dürfte. Bei Fällen mit hellem Stuhl sind im Höchstfalie 20—30 g Butter erlaubt. Dagegen können bei Fällen mit normaler Stuhlfarbe ohne Bedenken 40—60 g pro die gestattet werden. In der Abheilungsphase können auch kaltgeschlagene Öle und ausgesuchte Margarinesorten Verwendung finden. Als Kohlenhydratträger kommen neben den schon erwähnten Sorten Weißbrot (eventuell als Toast), Roggen-, Weizen-Mischbrot (beides altbacken) und zarte Gemüse (Mohrrüben, Karotten, Blumenkohl, Kohlrabi) und Kompotte in Frage.

Zu vermeiden sind während des ganzen Verlaufes der Erkrankung alle mit Fett bereiteten Speisen, erhitzte Fette, Pfannengerichte, grobe Gemüsesorten, unreifes Obst, frisches Brot, fettes Gebäck sowie scharfe Gewürze, Alkohol und Bohnenkaffee. Nach Abheilung der Virushepatitis kann die Diät allmählich aufgelockert und im Verlauf von 3 Monaten einer normalen Kost wieder angepaßt werden.

Die Leberschutzkost kann durch Zuckerpräparate, Aminosäurengemische und Vitamin B ergänzt werden. Die zusätzliche Gabe von Zucker soll neben der Anreicherung der Leberzellen mit Glykogen die Bereitstellung von Glukuronsäure für die Entgiftungsvorgänge bezwecken, aufgrund dieser Vorstellungen wurde bekanntlich der Zucker als „Digitalis der Leberzelle" bezeichnet. Dabei wird von manchen Autoren die Auffassung vertreten, daß der Lävulose gegenüber der Dextrose der Vorzug zu geben sei, weil erstere als bester und schnellster Glykogenbildner zu gelten habe und vorzugsweise dem Glykogenaufbau in der Leber dient, während letztere vorzugsweise für die Bildung des Muskelglykogens verwandt wird.

Die Aminosäuren sind für die Entgiftungsvorgänge (FELIX) und für den Regenerations- und Fermentstoffwechsel der Leberzellen von grundsätzlicher Bedeutung. Da die Gabe einer isolierten Aminosäure den fundamentalen biologischen Erfordernissen des Organismus widerspricht (KÜHNAU) und den Aminosäurenstoffwechsel der Leber nachteilig beeinflußt, sollten aber die Aminosäuren nur in wohlausgewogenen Gemischen, die alle essentiellen Aminosäuren enthalten, verabreicht werden (z. B. Hepa-Tissan).

Die Empfehlung von Vitamin B basiert auf der Bedeutung dieses Stoffes als Koferment und Katalysator für den intermediären Stoffwechsel der Leber. Die von CAMPBELL und PRUIT behauptete Verkürzung der Krankheitsdauer durch Vitamin-B_{12}-Gaben konnte von Nachuntersuchern nicht bestätigt werden, so daß die Gabe von Vitamin B_{12} bei der akuten Virushepatitis nicht begründet erscheint. Auch die mehrfach behauptete Wirkung von Vitamin C (BEIGLBOECK, BANK und STAUB) konnte nicht bestätigt werden.

Bei schweren Fällen wird man unter allen Umständen die Gabe von Glykogenbildnern intensiver gestalten müssen. Man kann die Monosaccharide, Lävulose oder Dextrose, als i. v. Dauertropfinfusion oder auch in Form einer transstomachalen Dauertropfsonde verabfolgen. Trotz des Vorteils, den Zucker damit direkt über die Pfortader an die Leber heranzubringen, ist gegen das letztgenannte Verfahren einzuwenden, daß es eine Belästigung des Kranken darstellt, indem dabei oft Übelkeit, Würgereiz und Erbrechen auftreten, eine geregelte Nahrungsaufnahme unmöglich gemacht wird, und es in Form der der Anweisung GUTZEITs zugrunde liegenden Flüssigkeitsmenge von 5 bis 8 Litern für Kreislauf und Nieren des Hepatitiskranken eine zu große Belastung darstellt. Demgegenüber ist das langsame 2—4 Stunden anhaltende Infundieren einer 10%igen Lävuloselösung in 500 ml Flüssigkeit den meisten Leberkranken ohne weiteres zumutbar. Bei Kreislaufgefährdung oder Aszites kann die Flüssigkeitsmenge auf 250 ml reduziert und dafür die Konzentration der Lävulose auf 20% erhöht werden. Der Dauertropfinfusion können Vitamin-B-Präparate, Pancortex, und wenn nötig Vitamin K, zugesetzt werden. Die zusätzliche Gabe von Cholin ist umstritten; ein eindeutiger Beweis für die Wirkung des Cholins liegt jedenfalls nicht vor, von angelsächsischen Autoren wird es abgelehnt. Auch von der Behandlung mit Thioctsäure, die neuerdings eine Renaissance erlebt, haben wir keinen Effekt gesehen. Dasselbe gilt für die alleinige Gabe von Orotsäure. Eine vergleichende Untersuchung verschiedener empfohlener Behandlungsverfahren, an der 10 Kliniken beteiligt waren und die von KÜHN und BAUER ausgewertet wurden, kommt zu dem Ergebnis, daß Vitamin-Kombinationen aus Vitamin B und C, Methionin-Cholin-Präparate, Kombinationen aus Vitamin B und Methionin, Vitamin B_{12}, BAL und Thioctsäure, wirkungslos sind, und „daß uns außer den Glukokortikoiden kein Mittel zur Verfügung steht, das in der Lage ist, den Verlauf der akuten Virushepatitis zu beeinflussen".

Über die Behandlung mit Prednison und Prednisolon wurde zuerst von SIEDE und KLAMP berichtet. Wir haben bei der Behandlung von 150 Fällen beim Vergleich mit Kontrollgruppen statistisch sichern können, daß die Gelbsuchtsperiode durch die Gabe von Prednisolon verkürzt wird. Bei frühzeitigem Einsatz des Präparates dürfte auch eine echte Verkürzung der Krankheitsdauer resultieren. Darüber hinaus wird es heute wohl von allen Hepatologen anerkannt, daß durch die Kortisonderivate bei schweren lebensbedrohlichen Fällen unter Umständen eine lebensrettende Wendung des Krankheitsbildes herbeigeführt wird. Schließlich erfolgt nach unseren Feststellungen bei mit Prednisolon behandelten Fällen der Übergang in eine chronische Hepatitis und Leberzirrhose wesentlich seltener als bei den nicht damit behandelten Krankheitsfällen.

Als Mechanismus der pharmakodynamischen Wirkung der Kortikosteroide wird neben dem antiinflammatorischen, mesenchymotropen, antiproliferativen Effekt eine die Membranen der Leberzelle abdichtende Wirkung diskutiert.

Die eklatante Wirkung von Prednisoion ist daran zu erkennen, daß nach Einsatz desselben in der Regel das Serumbilirubin innerhalb von 5 Tagen auf 50% des

Ausgangswertes abfällt. Diesen von WILLIAMS und BILLING als „Weißwascheffekt" bezeichneten Vorgang soll ein noch nicht geklärter Stoffwechselmechanismus mit Bildung von pigmentfreien Derivaten zugrunde liegen. Man hat deswegen auch von Serum-Kosmetik gesprochen. Ihm folgt eine zweite Phase des Bilirubinabfalles mit ca. 7% pro die, wobei der Rückgang des Serumbilirubins dem abklingenden Zellschaden entsprechen soll. Um Anhaltspunkte über die Frage zu gewinnen, ob die Schnelligkeit des Bilirubinabfalles von dem Gelbsuchtsstadium abhängt, in welchem die Glukokortikoid-Therapie einsetzt, haben wir eine Gruppe unkomplizierter Fälle mit größenordnungsmäßig ungefähr gleicher Höhe des Bilirubinspiegels um 15 mg% nach dem Behandlungsbeginn geordnet. Es ergaben sich 3 Gruppen mit Behandlungsbeginn in der ersten, zweiten und dritten Ikteruswoche. Dabei zeigte sich die bemerkenswerte Tatsache, daß im Mittel, etwa am 40. Tag, nach Einsatz des Glukokortikoids bei allen drei Gruppen die Bilirubindurchschnittswerte normalisiert waren, unabhängig davon, in welcher Ikteruswoche der Behandlungsbeginn erfolgte. Der Bilirubinabfall vollzieht sich demnach bei unkomplizierten Fällen offensichtlich nach gleichen zeitlichen Gesetzmäßigkeiten, unabhängig vom Ikterusstadium, in welchem die Therapie einsetzt. Das bedeutet, daß die Gelbsuchtsperiode im Verlaufe einer Virushepatitis um so kürzer andauern wird, je frühzeitiger ein Glukokortikoid eingesetzt wird. Diese Feststellung zwingt notwendigerweise zu der Folgerung, daß das Prednisolon in dem frühestmöglichen Krankheitsstadium eingesetzt werden sollte, wenn man sich überhaupt zur Gabe dieses Arzneimittels entschließt.

Bezüglich des Abfalles der Serumtransaminasen ergibt sich grundsätzlich dasselbe Verhalten wie hinsichtlich des Serumbilirubins. Sie fallen bei mit Glukokortikoiden behandelten Fällen schneller ab als bei den konventionell behandelten Kontrollen. In unserem Material war bei der Prednisolongruppe bereits nach 38 Tagen, in der Kontrollgruppe dagegen erst nach 48 Tagen, Normalisierung der GPT erreicht. Die Differenz ist statistisch sicher.

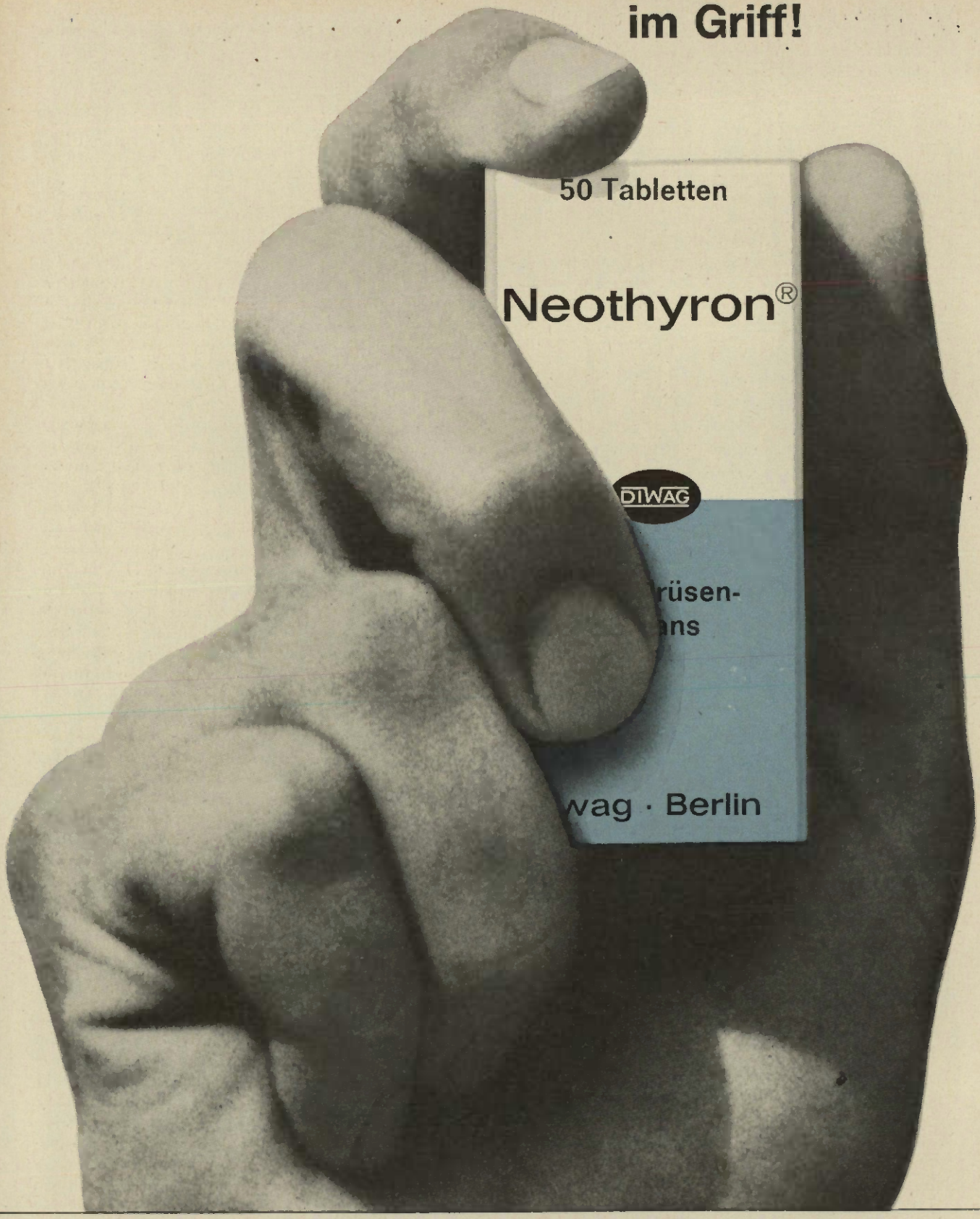
Hinsichtlich der Häufigkeit der chronischen Entwicklung einer akuten Virushepatitis dürfte der Einsatz von Glukokortikoiden ebenfalls von Bedeutung sein. In unserem Material gingen 21,7% der konventionell behandelten Fälle gegenüber 8,6% der mit Glukokortikoid behandelten Fälle in einen chronischen Prozeß über.

Nicht statistisch zu erfassen ist die oft lebensrettende Wirkung der Glukokortikoide bei schwerem Verlauf der Hepatitis, Komafällen sowie die Verhütung eines schweren Verlaufs bei frühzeitiger Anwendung der Präparate. Die Frage, ob die Behandlung mit Glukokortikoiden eine echte Verkürzung der Krankheitsdauer bedingt, ist umstritten. Untersuchungen zu dieser Frage, die der Kritik standhalten, sind mir nicht bekannt. Nach meinem Dafürhalten ist die Frage weder positiv noch negativ entschieden, da ihre Beantwortung an der Definition und an der objektiven Feststellung scheitert, wann eine Hepatitis als abgeheilt zu betrachten ist. Die Dauer des Krankenhausaufenthalts, die unter anderem als Kriterium für diese Frage herangezogen wird, kann infolge der verschiedenen unabschätzbaren Faktoren, die den Entlassungszeitpunkt in einem Krankenhaus nach einer Hepatitisbehandlung bestimmen, vorzeitige Entlassung auf Wunsch des Patienten oder infolge Bettenmangels, unterschiedliche Sorgfalt bei der Untersuchung, unterschiedliche Anwendung und Auslegung von Kriterien hinsichtlich der Ausheilung einer Hepatitis, unterschiedliche Auffassung hinsichtlich des geeigneten Entlassungszeitpunktes usw. nicht als Unterlage hierfür dienen. Hinsichtlich der Wahl des Präparates hat sich uns eine Überlegenheit des Prednisons und besonders des Prednisolons ergeben. Aufgrund unserer umfangreichen und statistisch gesicherten früher mitgeteilten Erhebungen haben wir als optimale Anfangsdosis eine Menge von 40 bis 60 mg ermittelt. Die Dosis ist schrittweise, dem Rückgang des Bilirubins entsprechend, zu reduzieren. Die Technik des Absetzens ist entscheidend für den Erfolg der Therapie. Als Methode der Wahl möchten wir das Ausschleichen bezeichnen, das Absetzen unter ACTH-Gabe halten wir nicht für zweckmäßig, da es zu unerwünschten Nebenwirkungen führt. Das Ausschleichen beginnt bei der Dosis von 20 mg, indem dann nur noch jeden 3. Tag um I mg reduziert wird. Bei diesem Vorgehen haben wir niemals ein Rezidiv erlebt. Rezidive, die der Prednisolon-Behandlung von manchen Autoren als Nachteil angelastet werden, treten auf, wenn das Präparat zu früh und zu abrupt abgesetzt wird. Sie kommen dadurch zustande, daß unter Umständen durch eine zu intensive Drosselung des Entzündungsprozesses die zelluläre Abwehr-Reaktion zu stark gebremst und infolgedessen die Ausbildung einer Resistenz gegen den Erreger durch die partielle Hemmung der Antikörperbildung behindert wird, so daß die Immunisierungsvorgänge zum Zeitpunkt des Absetzens der Glukokortikoide noch nicht abgeschlossen sind. Das Absetzen der Glukokortikoide darf daher nur schrittweise erfolgen und muß nach Möglichkeit der Entwicklung der Immunisierungsvorgänge angepaßt werden. Es ergibt sich somit, daß die Kunst der Behandlung mit Glukokortikoiden darin besteht, das richtige Maß zu finden, einerseits das unerwünschte Zuviel eines Entzündungsprozesses zu beseitigen, ohne andererseits die Immunisierungsvorgänge zu hemmen. Die sogenannte Stoßtherapie (= kurzfristige Gabe von Kortisonderivaten) gehört der Vergangenheit an.

Unter den unabwendbaren Nebenwirkungen, die den Glukokortikoiden anhaften, die auch bei relativ kurzem Einsatz eine Rolle spielen können, sind Steroid-Diabetes, Aktivierung chronischer Infekte, Ulkus-Blutung und -Perforation und Thrombosen von Bedeutung. Wir sahen in 25,7% unserer 213 Fälle einen passageren Steroid-Diabetes. Bei 2 Fällen kam es zu fieberhafter Cholezystitis, bei einem Fall entwickelte sich eine phlegmonöse Cholezystitis. Als weitere Komplikation wurde einmal die Exazerbation einer chronischen Otitis media, einmal einer Appendicitis chronica, einmal eine akute Thrombophlebitis und eine Psychose beobachtet. Ein Steroid-„Cushing" oder andere Nebenwirkungen entwickeln sich in der Regel bei der Behandlung in den angegebenen Dosen und von der angegebenen Dauer nicht.

Wegen dieser Risiken kann die Glukokortikoid-Therapie der akuten Virushepatitis nicht eine Routine-Methode darstellen, wie das z. B. von französischen Auto-

Schilddrüsen-Regulation im Griff!



DW 782

Neothyron normalisiert die Schilddrüsentätigkeit von verschiedenen Seiten: Trijodthyronin bremst die Bildung und Ausschüttung von TSH. Reserpin dämpft störende Impulse des Zwischenhirns und vermindert auf diesem Wege die Produktion von TSH. Das Barbitursäure-Derivat hat einen sedierenden Einfluß auf das Großhirn, fängt psychische Noxen ab und vermindert die Impulse zu den hypothalamischen Zentren, der Bildungsstätte der Neurohormone.

Indikationen: Leichte bis mittelschwere Hyperthyreosen, euthyreote diffuse Kröpfe, Rezidivprophylaxe nach subtotaler Resektion, neurozirkulatorische Dystonien mit Schilddrüsenbeteiligung, ausgebrannte Hyperthyreosen, floride endokrine Dphtalmopathie.

Zusammensetzung: L-3,5,3'-Trijodthyroninhydrochlorid 0,01 mg, Reserpin 0,1 mg, Methylphenyl-äthyl-barbitursäure 60 mg/Tabl.

50 Tabletten DM 5,30 o.U. Diwag · Berlin

ren empfohlen wird. Wir vertreten die Auffassung, daß die Glukokortikoide nur bei strengster Indikationsstellung zur Anwendung kommen sollten und haben hierfür folgende, wie wir sehen, wohl allgemein anerkannte Richtlinien aufgestellt.

Indikationen zum Einsatz von Glukokortikoiden:

1. Bilirubinspiegel im Serum über 15—20 mg%
2. schwere Fälle mit stark pathologischen klinischen und biochemischen Untersuchungsbefunden, so daß ein Übergang in chronische Hepatitis oder Leberzirrhose zu befürchten ist
3. länger als zwei Wochen anhaltende Zunahme eines starken Ikterus, die auf die Entwicklung einer Lebernekrose bzw. einer nekrotisierenden Hepatitis hindeuten kann
4. drohendes oder ausgebrochenes Leberkoma
5. wiederholte Ikterusschübe und Rezidive
6. Fälle mit erheblicher intrahepatischer Cholestase
7. persistierende Hepatitis
8. beim Säugling, bei Frauen im Klimakterium, im Alter jenseits des 65. Lebensjahres

Darüber hinaus sollte bei der Indikationsstellung zur Glukokortikoid-Therapie die Tatsache Berücksichtigung finden, daß die Prognose der Virushepatitis bei Fällen, denen eine Serumhepatitis zugrunde liegt, schlechter ist als bei den oral infizierten Fällen, also bei der Hepatitis infectiosa. Wenn auch nicht anzunehmen ist, daß die einem Leberkoma zugrunde liegenden nekrotisierenden Prozesse des Leberparenchyms durch die Gabe eines Glukokortikoids beeinflußt werden, so hat die Erfahrung doch gelehrt, und das wurde mehrfach beschrieben, daß unter Umständen ein Leberkoma im Verlauf einer Virushepatitis durch die hochdosierte Gabe von Glukokortikoiden zu durchbrechen ist. Man muß dabei einer Empfehlung amerikanischer Autoren entsprechend allerdings 500 mg bis 1000 mg pro die einsetzen. Man gewinnt mit dieser Therapie unter Umständen Zeit zur Überbrückung der lebensbedrohlichen Phase im Verlauf einer nekrotisierenden, mit Koma verbundenen Virushepatitis, bis die eventuell einsetzenden regenerativen Vorgänge am Leberparenchym zu einer so weitgehenden Wiederherstellung des Parenchyms führen, daß die Aufrechterhaltung der Leberfunktion wieder gewährleistet ist. Ich vertrete daher die Meinung, daß bei jedem Leberkoma im Verlauf einer Virushepatitis der Versuch mit Prednisolon gemacht werden soll, wenn alle anderen Maßnahmen zur Überwindung des Komas versagen.

Bei Fällen mit bekannter aktiver Lungentuberkulose, bei chronischen Gallenwegsinfekten oder anderwärts lokalisierten chronischen entzündlichen Prozessen ist hinsichtlich des Einsatzes der Glukokortikoide Vorsicht geboten, weil derartige Prozesse unter Umständen bei Anwendung dieser Präparate exazerbieren können. Es sollte daher, wenn trotz einer solchen entzündlichen Grunderkrankung ein Glukokortikoid angewandt wird, die Behandlung nur unter dem Schutze eines Antibiotikums, bzw. eines Tuberkulostatikums, erfolgen. Das Vorliegen eines Ulcus pepticum oder eine Ulkusanamnese würde ich als Kontraindikation für den Einsatz bezeichnen. Beim Diabetiker darf nach meinem Dafürhalten nur bei vitaler Indikation ein Glukokortikoid eingesetzt werden, da dabei eine Entgleisung des Kohlenhydratstoffwechsels zu erwarten ist, die unter Umständen nur schwer durch erhöhte Insulindosierung beherrscht werden kann.

Bei der cholestatischen Form der Virushepatitis und bei solchen Fällen, bei denen in der abklingenden Phase ein Stillstand des Ikterusrückganges auftritt, hat sich die Duodenalablaufsonde bewährt. Die Durchführung von Magnesium sulfuricum-Duschen halten wir allerdings nicht für gut, weil sie einer Reizung der Darmschleimhaut Vorschub leistet, welche wiederum die Resorption von lebertoxischen Substanzen fördert.

Beim Auftreten von Aszites im Verlaufe einer Virushepatitis empfiehlt es sich, die Diät flüssigkeitsbeschränkt und weitgehend kochsalzfrei zu gestalten; anstelle von Kartoffeln ist Reis zu verabreichen. Wenn gleichzeitig eine Hypoproteinämie besteht und keine Gegenindikation wegen Entgiftungsstörung bezüglich der Eiweißzufuhr vorliegt, ist auf eine reichliche Eiweißzufuhr besonders zu achten. Wenn Humanalbumin nicht kontraindiziert ist, kann durch die i. v. Gabe dieses Eiweißkörpers die Aszitesausschwemmung sehr erheblich gefördert werden. Auch durch Theophyllin-Präparate und Aminosäurengemische kann die Aszitesausschwemmung gefördert werden. Wenn die geschilderten Maßnahmen versagen, kommt die Anwendung des Aldosteronantagonisten Spironolactone (Aldactone A®), und wenn dieses nicht ausreicht, die von Salidiuretika in Frage. In extremen Fällen kann die Aldaktone-A®-Dosis auf 12 Tabletten und auch die Gabe eines Salidiuretikums, wie z. B. Saltucin®, auf 2 Tabletten gesteigert werden. Es empfiehlt sich allerdings, dabei regelmäßig den Kaliumspiegel zu kontrollieren, da bekanntlich unter den Spironolactonen eine Hyperkaliämie und unter den Salidiuretika eine Hypokaliämie auftreten kann. Beide Situationen können lebensbedrohlich sein. Beim Auftreten einer hämorrhagischen Diathese ist, falls eine Hypoprothrombinämie zugrunde liegt, Vitamin K zu geben. Schneller hilft dabei die COHNsche Fraktion I (AHG). Bei Gefäßwandschäden, Thrombozytopenie und funktionellen Thrombozytendefekten kommen Vitamin C und Rutin in Frage. Der besonders bei präkomatösen Zuständen häufige Fibrinogenmangel läßt sich durch Fibrinogenzufuhr (Fibrinogen Behring 3—6 g) beheben.

Bei drohendem Koma ist als erste Maßnahme der völlige Eiweißentzug in der Nahrung vorzunehmen. Um die Darmfäulnisprodukte herabzusetzen, wird gleichzeitig, wenn noch möglich oral, ein nicht resorbierbares Breitbandantiblotikum, wie Neomycin, in der Dosierung von 2—4—10 g täglich verabreicht. Unabhängig davon sind hohe Darmeinläufe zur Darmentgiftung durchzuführen. Der Einsatz von Dauertropfinfusionen mit Lävulose, Cholin, Vitamin-B-Komplex hat sich offensichtlich bewährt, wenn auch die Gabe von Cholin, wie schon ausgeführt, besonders im angloamerikanischen Schrifttum, umstritten bzw. abgelehnt wird. Außerdem sind 500 bis 1000 mg Prednisolon zu verabreichen. Bei Anwendung von Thioctsäure oder Glutamat-Apfelsäure und Arginin haben wir im Koma der akuten Hepatitis keine Erfolge gesehen. Im Gegensatz dazu hat die Behandlung mit Glutaminsäure, Apfelsäure und Arginin beim Koma der Leberzirrhose, dem ja oft eine Erhöhung des Ammoniaks zugrunde liegt, überzeugende Erfolge aufzuweisen.

Bei hartnäckigen Fällen von cholestatischer Hepatitis, bei denen unter Umständen über Monate lang ein massiver Ikterus mit quälendem Hautjucken besteht, kommt es in erster Linie darauf an, daß Arzt und Patient nicht die Nerven verlieren. Wie schon dargelegt, wird immer ein Versuch mit einem Glukokortikoid zu machen sein. Es gibt jedoch Fälle, die auf Glukokortikoid-Gaben nicht ansprechen. Das quälende Hautjucken kann unter Umständen durch Methyltestosteron beseitigt werden. Am zuverlässigsten wirkt dabei Cholestyramin (Cuemid®). Man gibt davon 6—8 g pro die. Da bei den langanhaltenden Formen von cholestatischer Virushepatitis infolge der fehlenden Gallensekretion in den Darm die Resorption der fettlöslichen Vitamine gefährdet ist, muß auf die ausreichende Zufuhr von Vitamin A, D, E und K geachtet werden (z. B. in Form des Präparates Adek von FALK). Der Gefahr der Osteoporose infolge Kalkverlust durch die Kalkseifenstühle bei dieser Situation begegnet man durch die Gabe von Anabolika (Primobolan). In besonders hartnäckigen Fällen von cholestatischer Virushepatitis wird manchmal, gewissermaßen als Verzweiflungsakt, die periarterielle Sympathektomie der Arteria hepatica oder auch die Dekortikation des Leberhilus (STUCKE) versucht. Wir hatten gelegentlich bei der Splanchnikus-Blockade in D VII bis D XI mit Novocain Erfolg.

Es ist besonders darauf zu achten, daß während der Behandlung einer Hepatitis keine leberschädigenden Medikamente verabfolgt werden. Als streng verbotene Medikamente sind in erster Linie Morphium und seine Derivate, Phenothiazine, Karboanhydrase-Hemmer, Phenylbutazone, Tranquilizer, Sulfonamide, Chloroform und Alkohol zu nennen. Wenn aus besonderen Gründen ein Schlaf- oder Beruhigungsmittel unvermeidbar ist, so käme am ehesten noch die Gabe von Baldrianpräparaten, Bromderivaten, wie Calcibronat, und leichten barbitursäurefreien Schlafmitteln, wie Valamin und Doriden, in Frage. Streng verboten sind auch wässerige Rohlebertotalextrakte, Leberhydrolysate, isolierte Aminosäuren, wie Methionin, Zystein, Homozystein-Thiolacton; durch letztere wurde bei einer Reihe unserer Fälle eine bedrohliche Situation mit beginnender Leberinsuffizienz ausgelöst.

Hinsichtlich der Nachbehandlung möchten wir besonders vor Brunnenkuren mit glaubersalzhaltigen Wässern abraten. Wir sahen eine Reihe von Hepatitisrezidiven nach Brunnenkuren in den sogenannten „Leberbädern", wenn die Patienten gegen unseren Rat, oft auf Empfehlung des Hausarztes, als Rekonvaleszenz ein solches Bad aufgesucht hatten. Abgesehen davon, daß kein einigermaßen plausibler Grund dafür angegeben werden kann, warum ein Hepatitisrekonvaleszent eine derartige Brunnenkur durchführen soll, verursacht das Trinken von glaubersalzhaltigen oder bitterwasserhaltigen Brunnen häufig einen enterokolitischen Reizzustand, der der Resorption von lebertoxischen Substanzen Vorschub leistet und infolge der auftretenden Durchfälle zu Eiweiß- und Mineralverlusten führt, die der Leber nur schaden können.

Eine Frage von erheblicher praktischer Bedeutung ist, wann eine Hepatitis als ausgeheilt zu betrachten ist. Die Beurteilung ist dadurch erschwert, daß in der Regel das Ende der Leberentzündung nicht mit dem Verschwinden des Ikterus gleichzusetzen ist, daß also der normale Bilirubinspiegel im Serum kein Kriterium für die Ausheilung einer Hepatitis darstellen kann. Andererseits gibt es aber auch keinen Test, der allein mit einiger Sicherheit die Annahme einer Ausheilung erlaubt. Folgende Kriterien sind für die Ausheilung einer Virushepatitis von Bedeutung:

1. Wohlbefinden mit Wiederherstellung einer ausreichenden körperlichen Leistungsfähigkeit
2. normaler Tastbefund der Leber und Milz
3. normaler Bilirubinspiegel im Serum. Das Gesamtbilirubin soll bei der Methode nach JENDRASSIK und GROFE I mg/100 ml nicht übersteigen. Dabei muß es sich vorwiegend um freies Bilirubin handeln, es darf nicht mehr als 0,2 mg/100 ml Bilirubinglukuronid vorliegen
4. normaler Urinbefund hinsichtlich der Gallenfarbstoffe, auch nach körperlicher Belastung
5. Normalisierung der Bluteiweißreaktionen und normale Verteilung der Eiweißfraktionen des Serums im Pherogramm
6. normale Leberfunktion bei den Belastungsproben mit Bromsulfalein, Prontosil und Galaktose
7. normale Aktivität der Transaminasen

Mit Erfüllung der oben genannten Kriterien beginnt die Rehabilitationsphase des Genesenden. Die körperlichen und diätetischen Belastungen sind dann schrittweise zu steigern unter laufender Kontrolle der Leberteste. Die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß ist nach Möglichkeit schrittweise vorzunehmen. Der Kranke, bzw. der Genesende, ist nach Abklingen der Hepatitis noch ein Jahr lang durch regelmäßige Untersuchungen und laufende Testung der unter 3. bis 7. angegebenen Leberfunktionsproben zu überwachen. Wenn 3 Monate nach Beginn einer Virushepatitis eine Ausheilung nicht erfolgt ist, sondern die oben angegebenen Kriterien noch Abweichungen von der Norm erkennen lassen, ist ein protrahierter Verlauf, eine Restschädigung oder die Entwicklung einer chronischen Erkrankung anzunehmen. Diese Situation sollte dann durch Anwendung einer bioptischen Methode geklärt werden.

Hinsichtlich der Prophylaxe der Virushepatitis sind die sich aus der Übertragungsweise (Schmierinfektion, Nahrungsmittel-, Trinkwasserverunreinigung, Übertragung durch Blut, bei blutigen Eingriffen) ergebenden Konsequenzen gewissenhaft zu beachten. Eine Isolierung der Hepatitiskranken ist wünschenswert, wenn auch die manifest Erkrankten zum Zeitpunkt der Erkennbarkeit der Krankheit für die Weiterverbreitung der Hepatitis kaum noch eine Rolle spielen dürften. Bei der Pflege der Hepatitiskranken ist wie bei Typhuskranken zu verfahren, der Stuhl der Kranken hat nach Einsetzen des Ikterus noch etwa 2—3 Wochen lang als infektiös zu gelten. Wäsche und Geschirr sind getrennt zu halten. Bei Verschmutzung mit Blut, Urin oder Stuhl Frischkranker ist mit BAC oder Gevisol zu desinfizieren. Die übliche Chlorkalkzugabe zu den Ausscheidungen reicht zur Desinfektion nicht aus. Auch diesbezüglich erscheint die Verwendung neuerer virocider Präparate empfehlenswert, z. B. BAC, Gevisol oder Parmetul. Für die Händedesinfektion des Pflegepersonals gilt die Regel eines mindestens 2minutigen Waschens in 2%iger Havisol- oder Korsoformlösung. Die auf ein Mindestmaß zu beschränkenden Krankenhausbesucher sollten ebenfalls hierzu angehalten, außerdem über die Infektions-

PRIMUM

„Reichlich Flüssigkeit zum Durchspülen" (F. Hoff)*

Ergo:

SOLUBITRAT®

bei Cystitis, Pyelitis, Nephrolithiasis

vermehrte Ausschwemmung von Bakterien

Erschwerung der Nierensteinbildung

spezifische antiphlogistische und spasmolytische Wirkung

Handelsform: Tassenfertiger Wirkstoffextrakt, Packung, Inhalt 150 ml, ausreichend für ca. 25 Tassen

* „Behandlung innerer Krankheiten". 1962, Stuttgart

LUDWIG HEUMANN & CO. NÜRNBERG
CHEMISCH-PHARMAZEUTISCHE FABRIK

HEUMANN Heilmittel

möglichkeiten belehrt werden. Instrumente, einschließlich Spritzen und Kanülen, sind eine halbe Stunde lang bei 180° C im Heißluftsterilisator oder im Autoklaven 15 Minuten lang unter 2,5 atü bei 134° C, nach vorhergehender gründlicher mechanischer Reinigung, die einem einstündigen Einlegen in eine 1%ige BAC- oder Ivisol-Lösung folgen sollte, zu sterilisieren. Die Auswahl der Blutspender hat unter Berücksichtigung der Übertragungsmöglichkeit durch einen Hepatitisvirusträger zu erfolgen. Menschen mit Hepatitisanamnese oder solche, mit deren Blut nachweislich eine Hepatitis übertragen wurde, mit positivem Thymoltest, erhöhtem Bilirubinspiegel, erhöhter Transaminasenaktivität, pathologischem Leber-Milz-Tastbefund, sind vom Blutspenden auszuschließen. Auch Menschen, die mit Hepatitiskranken Kontakt hatten, kommen nicht in Frage. Bei wahrscheinlich erfolgter Infektion soll die möglichst frühzeitig nach Exposition erfolgende Gabe von Gamma-Globulin 0,12 bis 0,25 mg/kg Körpergewicht i. m. den Ausbruch der Erkrankung verhindern; sie verhütet zumindest meist den Ausbruch einer apparenten Infektion. Bevorzugt zu hospitalisieren sind Kranke, bei denen

1. zu Hause eine Isolierung nicht möglich und in besonderem Maße die Umgebung (Säuglinge, Schwangere) gefährdet ist
2. ein intensiver Ikterus über 15 mg/100 ml Bilirubin im Serum besteht
3. nach 4 Wochen noch kein Rückgang der Gelbsucht zu erkennen ist
4. Aszites oder hämorrhagische Diathese vorliegt
5. Komagefahr besteht
6. eine besondere Form der Hepatitis, cholestatische oder persistierende Form oder ein Rezidiv vorliegt und Verdacht auf eine chronische Entwicklung aufkommt

Anschr. d. Verf.: Prof. Dr. med. W. Siede, Direktor der I. Medizinischen Universitätsklinik, 6000 Frankfurt 70, Ludwig-Rehn-Straße 14

Schwere Vorwürfe gegen Chefarzt von Viechtach unberechtigt*)

In den letzten Tagen gingen durch die gesamte deutsche Presse Meldungen, nach welcher der Chefarzt des Krankenhauses in Viechtach (Bayerischer Wald), Herr Dr. Thoma, es unterlassen habe, Teilnehmern eines Betriebsausfluges, die an akuten Vergiftungserscheinungen erkrankt waren, ärztliche Hilfe zu leisten und die erforderlichen Behandlungen durchzuführen.

In verschiedenen Meldungen hieß es unter Überschriften wie:

„22 Vergiftete lagen vor dem Kreiskrankenhaus — Aufnahme stundenlang verweigert"

„Behandlung Vergifteter verweigert"

„Chefarzt verweigerte Aufnahme"

„Schwerer Vorwurf gegen Chefarzt"

u. a. wörtlich:

„Zwei Stunden lang lagen am Wochenende 22 vergiftete Männer und Frauen mit starken Schmerzen auf einer Wiese vor dem Kreiskrankenhaus Viechtach (Niederbayern). Wie der Leiter der Landpolizeistation Viechtach, Alfons Mutzenhardt, am Montag mitteilte, verweigerte der Chefarzt des Kreiskrankenhauses, Dr. Josef Thoma, stundenlang die Aufnahme. Als Begründung soll er angegeben haben, er sei kein Internist und habe auch keine Infektionsabteilung. Erst als zwei Frauen mit einem Kreislaufkollaps zusammengebrochen waren, durften die Vergifteten ins Krankenhaus."

„Die Polizei von Viechtach berichtete, daß die Betriebsangehörigen während des Ausflugs mehrmals eingekehrt seien. Am Samstagnachmittag hätten sich dann plötzlich die Vergiftungserscheinungen eingestellt. Nachdem die Kranken von Dr. Thoma nicht aufgenommen worden seien, habe sich die Reisegesellschaft dann an den Amtsarzt, Oberregierungsmedizinalrat Dr. Sälzl, gewandt, der wiederum den für den Sonntagsdienst eingeteilten Arzt verständigte. Dieser habe sich dann auf der Wiese um die Behandlung der Kranken gekümmert. Erst nach zwei Stunden habe sich auch Dr. Thoma dazu bereit erklärt."

*) Diese Veröffentlichung wurde durch den Nachrichtendienst der Pressestelle der bayerischen Ärzteschaft allen deutschen Zeitungen und den Agenturen dpa, ap und upi zur Verfügung gestellt.

Nach den Feststellungen der Bayerischen Landesärztekammer haben sich diese Meldungen, durch welche die Ehre und das berufliche Ansehen des 63jährigen Chefarztes Dr. Thoma, der seit 34 Jahren den ärztlichen Beruf untadelig ausübt, sehr schwer verletzt werden, als unrichtig erwiesen.

Wir bitten daher, unseren nachstehenden Ausführungen die gleiche Aufmerksamkeit zu schenken, die den unrichtigen Meldungen entgegengebracht wurde.

Bei den erkrankten Personen handelte es sich um Teilnehmer an einem Betriebsausflug (rund 240 Personen). Von diesen erkrankten einige Männer und Frauen während eines Aufenthaltes in einem Gasthof an Übelkeit, Erbrechen und Durchfällen.

Die weitere Entwicklung und die Haltlosigkeit der Vorwürfe gegen Herrn Dr. Thoma sind aus dem von der Bayerischen Landesärztekammer festgestellten und nachstehend wiedergegebenen Zeitablauf zu ersehen:

17.30 Uhr:

Ein ortsansässiger Arzt wird in das Gasthaus gerufen,

17.35 Uhr:

Der gerufene Arzt trifft ein und stellt bei etwa 12 Personen Magenbeschwerden, Schweißausbrüche, Koliken und Erbrechen fest.

18.00—18.04 Uhr:

Dieser Arzt spricht telefonisch mit dem Chefarzt des Kreiskrankenhauses Viechtach, Herrn Dr. Thoma, und teilt diesem mit, daß eine größere Zahl von Personen eines Betriebsausfluges an unklaren Magen-Darm-Beschwerden erkrankt sei, die er ambulant in dem Gasthaus nicht behandeln könnte. Chefarzt Dr. Thoma erklärt sich bereit, den Erkrankten im Krankenhaus Viechtach ärztliche Hilfe zu leisten und — da das Krankenhaus Viechtach keine Isolierstation für Infektionskranke habe — deren Weiterleitung in ein anderes

Krankenhaus mit Infektionsabteilung vorzunehmen, falls das erforderlich sein sollte.

Beweis: Zeugnis dieses Arztes und amtliche Auskunft des zuständigen Fernsprechamtes (noch Handvermittlung)

Abfahrt des Autobusses mit den erkrankten Personen während dieses Telefongespräches oder unmittelbar davor. Entfernung bis zum Kreiskrankenhaus Viechtach ca. 11 km, jedoch Behinderung durch Baustelle.

18.05 Uhr:

Chefarzt Dr. Thoma verständigt seinen Assistenzarzt und die Schwestern des Krankenhauses davon, daß eine große Zahl von Personen mit akuten Magen-Darm-Erkrankungen erwartet werde, und ordnet an, bei den benachbarten Krankenhäusern mit Infektionsabteilung (Deggendorf und Straubing) anzufragen, ob dort Betten für Infektionskranke frei sind.

zwischen 18.10/18.20 Uhr:

Ein Autobus mit den erkrankten Personen trifft beim Krankenhaus in Viechtach ein.

18.45 Uhr:

Der für den Dienst am Samstag/Sonntag in Viechtach bestimmte Arzt Dr. Danner trifft im Krankenhaus ein. Er war von der Landpolizei angerufen worden, die ihm gegenüber behauptet hatte, die erkrankten Personen würden vor dem Krankenhaus auf der Straße liegen und es würde ihnen die Behandlung im Krankenhaus verweigert.

Bei seinem Eintreffen stellte Herr Dr. Danner fest, daß um diese Zeit, d. h. also etwa 30 Minuten nach Ankunft des Autobusses, vom Chefarzt Dr. Thoma, seinem Assistenzarzt und unter Mithilfe der Schwestern, bereits 15 Personen untersucht und nach Überprüfung des Kreislaufes drei Infusionen angelegt worden waren. Bei einer Person wurde eine Magen-Darm-Spülung vorgenommen. Auf Wunsch des Chefarztes hat Herr Dr. Danner dann mit diesem zusammen noch einmal bei mehreren Patienten Kreislauf und Puls kontrolliert.

Die Patienten selbst waren auf verschiedene Räume des Krankenhauses aufgeteilt. Auf die Krankenstationen konnten sie mit Rücksicht auf die dort liegenden anderen Patienten wegen einer befürchteten Infektionsgefahr nicht gebracht werden.

Dr. Danner legte in einer eigenen Presseerklärung Wert auf die Feststellung, daß er — entgegen den Behauptungen in verschiedenen Pressemeldungen — weder im Krankenhaus noch gar auf der Wiese eine Behandlung vorgenommen hat. Nach seiner Auffassung wäre im vorliegenden Fall eine bessere und schnellere Versorgung kaum möglich gewesen.

Beweis: Zeugnis von Herrn Dr. Danner, Praktischer Arzt in Viechtach

Die erkrankten Personen, die sich inzwischen wieder erholt hatten, oder bei denen nur eine leichte Übelkeit vorlag, sowie die Begleitpersonen, die überhaupt nicht erkrankt waren, hielten sich vor dem Krankenhaus oder vielleicht auch auf der naheliegenden Wiese auf.

Alle Patienten, die weiterer Behandlung bedurften, wurden auf Veranlassung des Chefarztes Dr. Thoma im Laufe des Abends auf die Infektionsabteilung des Krankenhauses Straubing verlegt. Der diensttuende Assistenzarzt im Krankenhaus Viechtach wartete dann noch einen Anruf vom Krankenhaus Straubing ab, der gegen 22.30 Uhr erfolgte und in dem mitgeteilt wurde, daß alle Patienten ohne weitere Zwischenfälle im Krankenhaus Straubing angekommen sind.

Da Mitglieder der Landpolizei in Viechtach nach Pressemeldungen für deren unwahren Inhalt mit verantwortlich sind, hat die Bayerische Landesärztekammer über das Bayerische Staatsministerium des Innern das Präsidium der Bayerischen Landpolizei um Überprüfung des Verhaltens dieser Polizeibeamten ersucht.

Münchener Ärzte spenden Medikamente für Israel und die arabischen Länder

Kurz nach dem Aufruf der Münchener ärztlichen Standesvertretungen und Berufsorganisationen zu einer Medikamentenspende für die Verwundeten und Kranken in Israel und in den arabischen Ländern konnten schon die ersten 10 Kisten Medikamente dem Roten Kreuz zum Weitertransport übergeben werden.

Bisher sind allein 4 Kisten Sulfonamide und Antibiotika abgegangen. Der Wert der gesamten gespendeten Medikamente dürfte um 150 000 DM liegen.

Die Gaben, die alle als Gruß ein Münchner Kindl und eine mehrsprachige Grußkarte von München enthielten, entsprangen einer freiwilligen Gemeinschaftsarbeit und kamen so wirklich von Herzen! Die Münchener Ärzte haben freigebig gespendet, die Angestellten der Ärztlichen Verbände haben die Vorarbeiten übernommen, Münchener Apotheker haben die Medikamente unentgeltlich nach Verwendungszwecken sortiert; Mitarbeiterinnen des Roten Kreuzes der Bereitschaft Süd III haben in ihren freien Stunden die Kisten verpackt und versandfertig gemacht. Die Spende soll ein kleiner Beitrag zum Frieden in der Welt sein! Nicht zu unterschätzen ist auch der gute Eindruck und die Wirkung, die diese Aktion in der Münchener Öffentlichkeit hinterlassen hat. Da die Ärzteschaft leider nicht immer nur eine gute Presse hat, konnte hier einmal sichtbar vor Augen geführt werden, daß die Ärzte jederzeit bereit sind, auch über ihren opfervollen Einsatz im Beruf hinaus in der Öffentlichkeit zu helfen, wo Not am Mann ist.

Band 5 unserer Schriftenreihe mit den Vorträgen der 16. Wissenschaftlichen Ärztetagung Nürnberg

Therapie der unspezifischen Lungenerkrankungen

Therapie der Gelenkerkrankungen

Gewöhnung — Abusus — Sucht

steht unseren Kollegen **kostenlos** zur Verfügung. Die Kassenärzte Bayerns erhielten ihn bereits über die Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Die anderen Kollegen, die diesen Band ebenfalls zu erhalten wünschen, bitten wir um eine kurze Mitteilung; die Broschüre geht Ihnen dann durch die Post zu.

AUS DEM STANDESLEBEN

Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

39. Vortragsreihe vom 17.—19. März 1967: „Angiologie, ein wichtiges Teilgebiet der praktischen Medizin — Leitung: Professor Dr. A. Schretzenmayr

(Fortsetzung)

In seinem Vortrag **„Die Chirurgie der arteriellen Verschlußkrankheiten"** wies Privatdozent Dr. J. VOLLMAR, Heldelberg, darauf hin, daß in den letzten zehn Jahren die chirurgische Rekonstruktion der verschlossenen bzw. verengten Gefäßbahn wesentlich an Bedeutung zugenommen hat, weil ihre Wirksamkeit die anderen Behandlungsverfahren, wie Sympathektomie, arterielle Infusionstherapie usw., übertrifft. Herr Privatdozent Vollmar sieht die Berechtigung, eine Systemerkrankung operativ anzugehen, in mehreren Argumenten. Diese sind der außerordentlich langsam protrahierte Verlauf der obliterierenden Arteriopathien und der herdförmige Befall des Gefäßsystems. Die heute geübten Rekonstruktionsverfahren gewährleisten bei relativ kleinem Operationsrisiko eine langfristige Wiederherstellung der Strombahn, auch wenn die Grundkrankheit als solche fortschreitet. Rund 70% aller rekonstruktiven Gefäßeingriffe werden heute wegen arterieller Verschlußkrankheiten vorgenommen. Für die Wiederherstellung der verschlossenen arteriellen Strombahn kommen grundsätzlich drei Operationsverfahren in Frage: Die Ausschälplastik, die Exstirpationsmethode und die Umgehungs- oder BYPASS-Operation. Letztere stellt neben der Ausschälplastik das wichtigste Rekonstruktionsprinzip dar. Als Gefäßtransplantat dient im Bereich mittel- und kleinkalibriger Schlagadern in erster Linie eine körpereigene Vene. Für den Ersatz bzw. die Umgehung der großen Rumpfarterien sind die synthetischen Kunststoffarterien nach wie vor als der geeignete Gefäßersatz anzusehen. Bei den Gliedmaßen hat dagegen der alloplastische Gefäßersatz weitgehend enttäuscht infolge hoher Versagerquote. Die Ausschälplastik hat gegenüber der beiden anderen Methoden im Lauf der letzten Jahre erheblich an Bedeutung gewonnen. Hierfür sind vor allem operationstechnische Verbesserungen, wie z. B. die spiralförmige Ringdesobliteration, und eine höhere biologische Wertigkeit im Vergleich zu den Kunststoffarterien verantwortlich. Mit der Ringdesobliteration kann die Ausschälung halbgeschlossen vorgenommen werden. Dieses Verfahren zeichnet sich durch technische Einfachheit und Zeitersparnis aus, außerdem läßt es eine bessere Intimaregeneration erwarten. Hierfür ist der Umstand verantwortlich, daß die ausgeschälte Gefäßstrecke im Gewebsverband verbleibt und der ernährende Blutstrom zur Adventitia keine Unterbrechung erfährt. Die Exstirpationsmethode wird bei einer Korrektur von arteriellen Verschlußkrankheiten nur noch selten angewandt, vor allem wenn gleichzeitig ein Aneurysma vorliegt.

Professor Dr. E. UNGEHEUER, Frankfurt/M., **„Chirurgie der zerebralen und koronaren Verschlüsse"**: Die Fortschritte auf dem Gebiet der Diagnostik und der chirurgischen Therapie der arteriellen Verschlußkrankheiten geben uns die Mögiichkeit, am Koronargefäßsystem oder auch an den zum Gehirn führenden Gefäßen stenosierende atheromatöse Gefäßwandveränderungen zu erkennen und zu beseitigen. Das Grundprinzip bei der chirurgischen Behandlung von Koronarerkrankungen ist der Versuch, eine Revaskularisation des ischämischen Myokards zu erzielen. Neben anderen Verfahren beschrieb Professor Ungeheuer die von VINEBERG angegebene Kombination von Omentumtransplantation und Implantation der Arteria thoracia interna auf das Myokard. Die Indikationen zu diesem kombinierten Operationsverfahren sind eine seit Jahren bestehende Angina pectoris, die auch bei eingehender interner medikamentöser und konservativer Therapie nicht beeinflußbar ist, eine Angina pectoris, die schon in Ruhe auftritt und eine angiographisch nachgewiesene Verengung zweier Koronargefäße im Bereich des Ursprungs. Die durchschnittliche Operationsmortalität von 2,9% bei diesem Verfahren liegt deutlich unter der Mortalität vergleichbarer Fälle mit Angina pectoris.

Sehr wesentlich ist der Hinweis, daß ca. 25% aller zerebro-vaskulären Insulte durch arteriosklerotische Obstruktionen der Arteria carotis interna, meist im Bereich der Karotisgabel im Halsbereich, verursacht werden. Chirurgische Verfahren sind hier jedoch nur erfolgversprechend, wenn die Diagnose einer Gefäßeinengung frühzeitig gestellt wird. An allgemeinen Maßnahmen ist hier die Palpation der Karotis interna, die Auskultation der Halsgefäße und der Seitenvergleich von Puls- und Blutdruckverhältnissen an den Armen von Bedeutung. An weiteren diagnostischen Möglichkeiten besteht die Bestimmung des Netzhautarteriendruckes, die Ophthalmodynamographie, die Anfertigung eines EEGs und die Bestimmung der Gehirndurchblutung mit Hilfe radioaktiver Isotope. Die genaueste Befundangabe ist mit Hilfe der Angiographie möglich. Patienten mit intermittierenden flüchtigen Insulten stellen die Hauptgruppe für die chirurgische Therapie dar. Die Operationstechnik erstrebt die komplette Desobliteration der zum Gehirn

20. Bayerischer Ärztetag

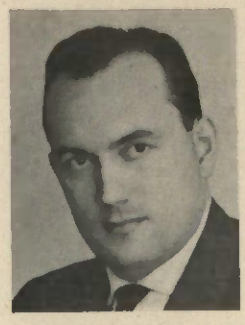
vom

13. – 15. Oktober 1967

in München

Prof. Dr. E. Ungeheuer
Frankfurt

Prof. Dr. B. Steinmann
Bern



Prof. Dr. H. Thomann
Köln-Lindenthal

führenden Gefäße. Dies wird mit der Thrombarteriektomie erreicht, wobei zusätzlich noch die Erweiterung des Gefäßes durch Einnähen eines sogenannten Patch aus alloplastischem oder autologem Material erfolgen kann. Die Operationsmortalität liegt bei 1%, steigt jedoch erheblich an, wenn man akute Verschlüsse lm Stadium des akuten Insultes operiert.

Professor Dr. B. STEINMANN, Bern, wies in seinem Vortrag über die **„Therapie des apoplektischen Insults"** darauf hin, daß vor Beginn der Therapie differenziert werden sollte, ob es sich um eine Blutung, eine Embolie, einen Infarkt oder um eine zerebrale Ischämie ohne Infarkt handelt. Bei den speziellen Maßnahmen sollte man daran denken, daß nur ganz kurze Zeit zur Verfügung steht bis zum Eintritt irreversibler Hirnläsionen. Es ist daher besonderes Gewicht auf eine rasche Wiederherstellung der gestörten Hirnzirkulation zu legen. Ein deutlich erhöhter Blutdruck ist vorsichtig zu senken, ein tiefer, was häufig der Fall ist, zu heben. Die Senkung eines erhöhten Druckes, die meist bei einer Hirnblutung in Frage kommt, muß vorsichtig geschehen, weil beim Apoplektiker die Blutdruckregulation oft gestört ist und durch die Normaldosis eines drucksenkenden Mittels eine unbeeinflußbare Hypotonie mit starker Hirnischämie resultieren kann. Es sollte daher in der Regel maximal nur die halbe übliche Dosis, z. B. 0,5 mg Reserpin i. m. oder 12,5 mg Nepresol i. v. oder i. m., gegeben werden. Eine besondere Beachtung ist dem Herzen zu schenken, da oft zerebrale Insulte durch Auftreten einer Herzlnsuffizienz, einer Arrhythmie oder eines Infarktes infolge Verminderung der zerebralen Durchblutung ausgelöst werden. Eine entsprechende Herzbehandlung muß daher ebenfalls eingeleitet werden. Die vasodilatierenden Medikamente sind in den Hintergrund gerückt, seitdem man bei den meisten nachgewiesen hat, daß sie auf die Hirngefäße keinen vasodilatierenden Einfluß ausüben. Aber auch ein Stoff mit deutlicher Wirkung wie Papaverin kann dann problematisch sein, denn lnfolge Gefäßweite der gesunden Hirnpartie kann sich der Kollateralkreislauf verschlechtern. Professor Steinmann empfahl, Nikotinsäure der Strophanthinmischspritze beizugeben, weil sie doch eine gewisse erweiternde Wirkung auf die Meningealgefäße habe, außerdem einen fibrinolytischen Effekt. Antikoagulantien sind im wesentlichen nur von prophylaktischem Wert. Vor dem Aderlaß ist zu warnen, er ist nur in ganz seltenen Fällen, z. B. bei Polyzythämie oder starker Polygiobulie, angezeigt. Die beim mechanisch bedingten Hirnödem wirksamen Mittel, wie hypertonische Glukoselösung, Harnstoff oder Manitol, zeigen beim apoplektischen Insult meist keinen genügenden Effekt. In einigen Fällen scheinen Kortikosteroide in genügend hoher Dosierung zu nützen. Man beginnt mit täglich 100 mg (Dosierung siehe „Monatskurse für die ärztliche Fortbildung", 1967, Nr. 5).

Neben den speziellen Maßnahmen sind auch allgemeine therapeutische und pflegerische Maßnahmen notwendig: Absaugen zum Freihalten der Atemwege, Sauerstoffzufuhr, Elektrolyt- und Flüssigkeitsregulierung, Nahrungszufuhr, Infektprophylaxe, Sedierung bei verwirrten und erregten Patienten, richtige Lagerung und Lagewechsel, Dekubitusprophylaxe, Kontrolle von Miktion, Defäkation, Wärmezufuhr, Haut- und Mundpflege.

Von Professor Dr. H. THOMANN, Köln, wurde der entscheidende **Fortschritt bei der angiologischen Diagnostik des Augenarztes** auf die Entwicklung sehr lichtstarker Elektro-Ophthalmoskope zurückgeführt. Er wies darauf hin, daß die lehrbuchmäßig überkommenen Stadieneinteilungen nicht mehr ganz aktuell sind. Sie stützen sich vor allem auf sehr markante Befunde am Netzhautparenchym, wie Blutungen, Transsudatherde und Verfettungsherde als Zeichen der chronischen Hypoxie. Mit der besseren Fundusdiagnostik und der modernen medikamentösen Therapie sind jedoch die akzidentellen Parenchymschäden im Krankengut sehr viel seltener geworden. Es kann daher bei Hypertonikern jahrelang eine Angiopathie beobachtet werden ohne sich entwickelnde Sekundärschäden des Netzhautgewebes. Bei einer labilen Hypertonie mit einer Dauerdiastole unter 90 mm Hg lassen sich keine Gegenbefunde erheben, die nicht auch ohne Hypertonie vorkämen. Bei einer Dauerdiastole über 100 mm Hg kann eine chronisch progressive Arteriolopathie beobachtet werden. Dabei zeigt sich allgemein ein reduziertes Arteriolenkaliber, Reflex- und Kaliberunregelmäßigkeiten zeigen das Vorhandensein degenerativer Gefäßwandveränderungen an. Überschreiten diese Veränderungen einen bestimmten Grad, so kann mit Sicherheit eine entsprechende Nierenschädigung angenommen werden. Ein Papillen- und Netzhautödem zeigt die Niereninsuffizienz an. Die genannte vereinfachende Beschreibung gilt jedoch nur zur Erklärung, in Wirklichkeit ist die Beurteilung der Retinopathia hypertensiva wesentlich schwieriger. Die wichtigsten Untersuchungsmethoden, die heute zur Beurteilung des Netzhautkreislaufes zur Verfügung stehen, sind: Indirekte Ophthalmoskopie, direkte Elektro-Ophthalmoskopie, Stereo-Ophthalmoskopie, Ophthalmoskopie mit Filterlicht, Ophthalmodynamometrie, Ophthalmodynamographie und Elektro-Retinographie. (Schluß folgt)

PRAXITEN®

Oxazepam

zur Aufhebung von Angst und Spannung

PRAXITEN - der neue Tranquillizer für berufstätige Patienten

- **die sich nach Harmonie und Gelassenheit sehnen**
- **die mal wieder „schön" schlafen wollen**
- **die tagsüber aktiv sein müssen**

Indikationen:
Angst – Spannung – Beklemmung – erhöhte Reizbarkeit – Schlaflosigkeit – Niedergeschlagenheit – nervöse Erschöpfung — psychosomatische Erkrankungen

Handelsformen:
OP mit 20, 50 und 250 Tabletten zu 15 mg

Muster und Literatur auf Wunsch

Wyeth®

WYETH-PHARMA GMBH · 44 MÜNSTER/WESTF. · SCHLEEBRÜGGENKAMP 15

Immunpathologie — ein wissenschaftlicher Abend im „BAYER-Haus"

Die nun schon zur Tradition gewordenen wissenschaftlichen Abende im „BAYER-Haus" beschäftigen sich dieses Jahr mit Fragen der Immunpathologie. Nachdem der erste Abend dem Allergieproblem gewidmet war, kamen im April zwei weitere Referate zum Vortrag, die unter das Gesamtthema „Immunpathologie, Modell und Klinik" gestellt waren. Die Vortragenden des Abends Professor Dr. Paul KLEIN, Direktor des Instituts für Medizinische Mikrobiologie, Mainz, und Professor Dr. Herbert BEGEMANN, Chefarzt der I. Medizinischen Klinik, München-Schwabing, wurden von Dr. Gerhard MEYER-UHL, dem Leiter des BAYER Pharma Büros, München, begrüßt und den sehr zahlreich erschienenen Gästen vorgestellt.

In seinem Vortrag über „Grundmechanismen der Immunbiologischen Zellschädigung" gab Professor KLEIN eingangs einen Überblick über die Vorgänge der Immunreaktion. Er schilderte die Antikörperbildung und, falls diese schon vorhanden, die verschiedenen Möglichkeiten der Ag-Ak-Reaktionen. Eine große Anzahl dieser Folgeerscheinungen hängt von einem Zwischenglied, dem sogenannten Komplementfaktor, ab.

Trotz vieler Erkenntnisse der letzten 10 Jahre und der Kenntnis über Aufbau und Funktion der Ag und Ak herrscht über Aufbau und Funktion dieses Komplements noch keine restlose Klarheit. Es handelt sich um einen Faktor im Serum, der stets vorhanden ist, der mit γ-Globulin aggregiert. Am Modell der Hämolyse kristallisierten sich einige Erkenntnisse heraus. So ist das Komplement ein komplexes System von Elweißfaktoren. Aus ursprünglich 4 Funktionselementen entwickelte man bisher 11 Faktoren und stellte fest, welche Fragmente noch zu ergänzen sind. Die einzelnen Komponenten reagieren in einer bekannten, formelhaft festgehaltenen Sequenz mit den Erythrozyten — Ambozeptoren (EA). Die EA Zelle durchläuft verschiedene Funktionszustände, von denen jede Stufe Vorbedingung für die nächste ist (Intermediärprodukte der Hämolyse). Zwischenprodukte werden meist weiter benötigt, treten manchmal nach außen als Reaktion in Erscheinung. Lediglich für die Lyse sind alle Stufen bis zur letzten erforderlich. Einzelkomponente werden während der Reaktion teils materiell an den entsprechenden Intermediärkomplex gebunden, teils bedingen sie als antigenes Material die Reaktionsbereitschaft der Zelle.

Auswirkungen der Ag-Ak-Reaktion

1. Bakterien-Opsonisierung
2. Bakteriostase
3. Bakterizidie
4. Bakterien-Immobilisierung
5. Bakteriolyse (Cytolyse)
6. Leukotaxis
7. Virusneutralisation
8. Toxin-Neutralisation
9. Anaphylaktische Zell- oder Gewebsschädigung (Hämolyse, Entzündung)

10. Aggregatbildung (Vernetzung)
11. Kapselquellung
12. Andere Funktionsblockaden (Enzyme, Hämagglutinin etc.)

Abbildung 1

Mechanismus der immunbiologischen Leistungsreaktion (Schema)

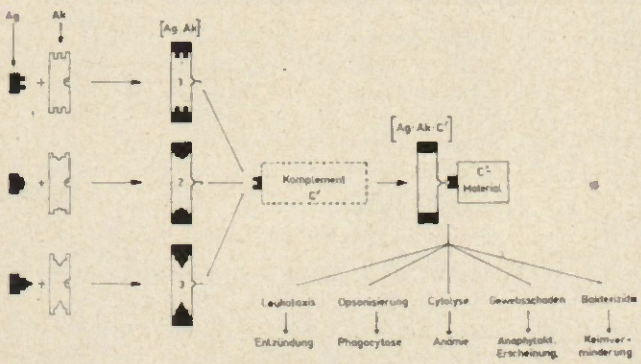


Abbildung 2

Zum Mechanismus der Zellschädigung nach erfolgter Komplementbindung gehört ein Mindestbeitrag an Antikörpern. Auf der Zelloberfläche scheint es Areale zu geben, in denen eine Anlagerung irreparablen Schaden verursacht (Treffer Theorie). Neuere Erkenntnisse deuten darauf hin, daß die Zelle auch abseits vom Ak-Molekül direkt mit einzelnen Komplementkomponenten reagieren und sie materiell binden kann. Für diese direkte Bindung besitzt die Zellwand Rezeptoren. Wahrscheinlich fungiert die Reaktivgruppe des Intermediärkomplexes dabei als Enzym. Mit der Enzymhypothese befaßt sich speziell das Institut für Mikrobiologie der Universität Mainz. Der sinnvolle Aufbau des Komplements ermöglicht, daß das Komplement in zahlreiche Vorgänge im gesunden wie auch im kranken Organismus eingreift.

Einzelkomponente des Komplements wirken dabei teils als Inhibitoren, teils als Antagonisten. So erscheint das ganze Komplement als steuerbares System, das therapeutische Möglichkeiten, z. B. die einer Immunosuppression, eröffnet.

Diese Möglichkeit war das Hauptanliegen von Professor Dr. BEGEMANN, dessen Vortragsthema „Die Immunosuppression als neues therapeutisches Prinzip" lautete. Die Entdeckung der Immunosuppression, so erwähnte Professor Begemann zu Beginn, geschah allerdings schon vor fast 50 Jahren, als man zur Kenntnis nahm, daß das Kampfgas Lost die Antikörperbildung hemmt. Die erste Nutzanwendung dieser Erkenntnis jedoch geschah erst vor knapp 20 Jahren, als man Stickstoff Lost zum Zytostatikum entwickelte. Nach jahrelangem Einsatz zeigte sich, daß fast sämtliche Zytostatika neben dem zytostatischen Einfluß auch eine Hemmung der Antikörper bewirken. Heute ist die immunosuppressive Eigenschaft dieser Substanzen interessanter als die ursprünglich gesuchte Wirkung. Der Grund hierfür liegt

1. in der Entdeckung der Autoaggressionskrankheiten, die durch die Ak ausgelöst werden, welche sich gegen körpereigene Zellen richten
2. an der zunehmenden Bedeutung der Organtransplantation, und hat

3. seine Bedeutung durch die wichtigen Einblicke, die mit ihrer Hilfe in die Grundvorgänge der Immunologie getan werden konnten

Die als „Immunopathien" bezeichneten Krankheiten treten z. Z. immer häufiger auf. Zu erwähnen sind hier z. B. sämtliche Kollagenosen, bestimmte hämolytische Anämien und Thrombozytopenien, Schilddrüsen-, Leber- und Nierenkrankheiten. Immunosuppressive Substanzen sind biochemisch sehr verschiedenartig. Neben alkylierenden Substanzen, Folsäureantagonisten und Purinmetaboliten gehören u. a. auch Antibiotika, Antilymphozytenseren u. a. m. zu ihnen. Diese Substanzen greifen größtenteils, sich von den sogenannten Zytostatika ableitend, in den Nukleinsäurestoffwechsel ein. DNS und RNS werden wechselnd stark beeinflußt. Die Angriffspunkte sind teilweise bekannt, die gezielte Anwendung der immunosuppressiven Substanzen ist erst nach genauer Kenntnis der immunologischen Vorgänge möglich.

Es gibt (wie auch am ersten Vortragsabend von Professor STÜTTGEN ausgeführt) die humorale Ak-Reaktion, die Sofortreaktion, die stets durch eine Phagozytose antigenen Materials eingeleitet wird, und die verzögerte oder Spätreaktion, die an das Vorhandensein sensibilisierter Lymphozyten gebunden ist und mit Hilfe solcher Zellen von einem Individuum auf ein anderes übertragen werden kann. Dynamik, Wirkungsmechanismus und Steuerung beider Vorgänge sind streng voneinander zu trennen. Die Transplantationsallergie (Rejektion von Transplantaten) ist in der Regel eine Primärantwort, die Autoaggressionskrankheiten sind Sekundärantworten. Die immunologische Antwort, die vom immunologischen Gedächtnis des Körpers, also den langlebigen Lymphozyten (memory cells) abhängt, ist durch Reduktion dieser Lymphozyten zu beeinflussen, was man mit einer Drainage des Duct. thoracis oder extrakorporaler Blutbestrahlung erreichen kann. Die meisten zytostatischen Medikamente stören entweder als DNS-Hemmer die Zellteilung oder als RNS-Hemmer die biologische Eiweißsynthese. Kortison hemmt weder DNS- noch RNS-Synthese, doch verhindert es die Phagozytose, bewirkt eine Lymphozytolyse und stört als antiinflammatorische Substanz die entzündliche Reaktion. Rö-Strahlen wirken vorwiegend zytoklastisch, wobei die Lymphozyten besonders sensibel sind.

Eine Immunosuppressive Behandlung hat zwei wesentliche Indikationsgruppen:

1. Die Verhinderung der Rejektion von homologen Transplantaten. Dies wird meist mit einer Kombination von Rö-Strahlen sowie Gaben von Kortisonderivaten, Aktinomycin und 6-Merkaptopurin durchgeführt. Neuerdings werden zu diesem Zweck auch Antilymphozytenseren verwendet. Die bisherigen Erfolge sind vielversprechend.
2. Die Behandlung von Krankheiten, denen ein Autoaggressionsmechanismus oder übersteigerte Antikörperbildung zugrunde liegt. Verwendet werden vor allem Kortison, 6-Merkaptopurin und Imuran. Doch sind die Nebenwirkungen dieser Substanzen nicht unerheblich, und eine genaue Überwachung des Kranken ist notwendig. Diese Nebenwirkungen brauchen nicht sofort sichtbar zu werden. DNS-Hemmer wirken mutagen, was Mißbildungen der Nachkommenschaft zur Folge haben kann, und zusammen mit dem immunosuppressiven Effekt Cancerogenität bedeutet.

Diese Therapie ist daher vorläufig nur bei älteren Menschen und bei progressiven Leiden, die auf andere Weise nicht beeinflußbar sind, vertretbar. Angestrebt wird eine Dauerbehandlung, die möglicherweise durch temporäre Ausschaltung der „memory cells" ein verändertes immunologisches Gleichgewicht mit neuer Ausgangslage schafft. Jedenfalls sind die bisherigen Erfolge mittels einer Behandlung mit Antilymphozytenserum so deutbar. Endziel der Forschung ist eine Immunosuppressive Therapie ohne Nebenwirkungen.

Dr. Müller-Kamerhuis

Konstituierung der „Deutschen Akademie der Praktischen Ärzte"

Im Vordergrund: Ausbildung und Weiterbildung

Am 9. 7. 1967 fand im Hause der Bundesärztekammer in Köln die Konstituierung der Deutschen Akademie der Praktischen Ärzte für ihre dritte Amtsperiode statt. Nach einem Bericht des bisherigen Vorsitzenden über die in den vergangenen Jahren von der Deutschen Akademie der Praktischen Ärzte geleistete Arbeit wurde Dr. Gerhard JUNGMANN, MdB, Markoldendorf, wiedergewählt. Zum stellvertretenden Vorsitzenden wurde Dr. Heinz STROH, Bischofsheim, berufen.

In ihrer ersten Arbeitssitzung legte die Akademie die Aufgaben fest, mit denen sie sich in der nächsten Zeit beschäftigen wird:

1. Angemessene Berücksichtigung der Tätigkeit des Praktischen Arztes in der Ausbildung des Medizinstudenten
2. Präzisierung der Vorschriften über die Weiterbildung zum Praktischen Arzt und Einfügung dieser Vorschriften in die Weiterbildungsordnung
3. Erarbeitung geeigneter Fortbildungsmöglichkeiten für den Praktischen Arzt

Vordringliche Aufgaben der Akademie sind außerdem die mit der gemeinsamen Praxisausübung durch mehrere Ärzte verbundenen Fragen sowie die Anpassung der Bestimmungen über die Berufsausübung im Rahmen der EWG. In einem langfristigen Arbeitsvorhaben hat die Akademie vorgesehen, sich mit den wissenschaftlichen Grundlagen der Allgemeinmedizin zu befassen.

Die für Anfang September festgelegte nächste Arbeitstagung wird sich auch mit den Fragen der Ausbildung und Weiterbildung beschäftigen. Die Referenten dieser Beratungen sind die Vorstandsmitglieder der Akademie Dr. Bernhard DEGENHARD und Dr. Siegfried HÄUSSLER.

Ferientermine im Schuljahr 1967/68

in Bayern

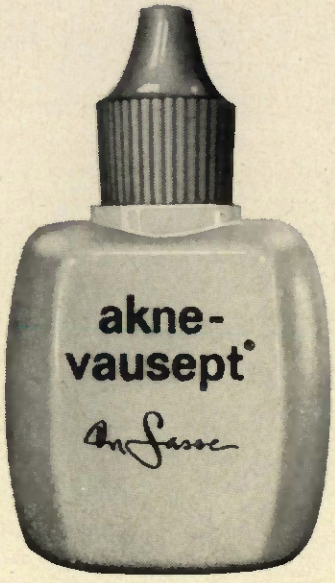
Weihnachten 1967/68: 21. 12.—8. 1.

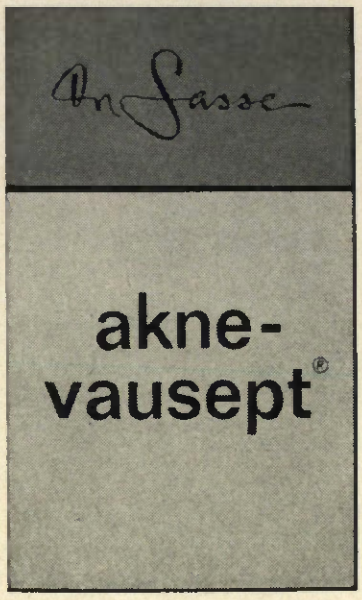
Ostern 1968: 6. 4.—22. 4.

Pfingsten 1968: 1. 6.—10. 6.

Sommer 1968: 24. 7.—10. 9.

DERMATOLOGICA Dr. Sasse





Eine neue Konzeption zur Akne-Therapie

Zusammensetzung:
In 100 g einer O/W-Emulsion: Prednisolon 0,3 g,
Dechaliniumacetat und -chlorid āā 0,25 g, Sulf. coll. 1,0 g,
Oestradiol 0,003 g, Vitamin-E-acetat 0,1 g,
Vitamin A 50 000 I. E.

Indikationen:
Zur Behandlung aller Formen der Akna vulgaris; ferner der Rosacea, des seborrhoischen Ekzems und der Akne necroticans sowie bei Folliculitis barbae.

Auf Wunsch stehen Muster und Literatur zur Verfügung.

Handelsform: Plastikflascha 20 g DM 4,95 m. U.

DR. FRIEDRICH SASSE
1 BERLIN 10 - POSTFACH 640

Errichtung einer Schule für die Ausbildung und Fortbildung auf dem Gebiete der Zytologie

Ergänzungsschule gemäß Gesetz über das Erziehungs- und Unterrichtswesen vom 9. März 1960 (GVBl. S. 19)

Im Oktober 1967 wird in Bayern die erste Schule zur Ausbildung und Fortbildung auf dem Gebiete der Zytologie in Deutschland eröffnet werden. Diese Schule soll dazu beitragen, den Mangel an ausgebildeten Fachkräften zur zytologischen Diagnostik zu mildern und zu beheben.

Träger der Schule ist bis zur Gründung eines „Vereins zur Förderung der Ausbildung und Fortbildung von zytologischen Assistentinnen" Herr Dr. med. Hans Sewering, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

Leiter der Schule ist Herr Privatdozent Dr. med. H. J. Soost, Oberarzt an der I. Universitäts-Frauenklinik München, München 15, Maistraße 11

Lehrkräfte: Ärzte der Münchener Universitätskliniken sowie eine hauptamtliche Lehrassistentin

Die Geschäftsführung der Schule liegt bei der Bayerischen Landesärztekammer

Ort der Schule: München 15, Maistraße 11 (I. Universitäts-Frauenklinik)

Aufnahmebedingungen: Mindestalter 18. Lebensjahr, in Ausnahmefällen bei entsprechender körperlicher und geistiger Eignung das 17. Lebensjahr
Abgeschlossene Realschulbildung oder eine der abgeschlossenen Realschulbildung entsprechende Schulbildung oder
geprüfte Arzthelferin

Unterrichtsdauer: 1 Jahr
davon 6 Monate theoretischer Unterricht
6 Monate Praktikum

Kosten des Unterrichts: während des theoretischen Unterrichts (6 Monate) monatlich 150 DM; während des Praktikums (6 Monate) erhalten die Schülerinnen einen Unterhaltszuschuß, dessen Höhe noch festgelegt wird

Unterrichtsstoff:

Einführung in die Zell- und Gewebelehre
Entnahme, technische Bearbeitung und Färbung zytologischer Präparate — Einführung in die Technik des Mikroskopierens — Übersicht über die Bearbeitung histologischer Präparate

Gynäkologische Zytologie
Anatomie, Histologie und Physiologie der weiblichen Genitale
Bösartige Geschwülste der weiblichen Genitale
Sonstige gynäkologische Erkrankungen
Gynäkologische Endokrinologie
Kolposkopie

Spezielle gynäkologische Zytologie
Normale Zellen — hormonale Zytologie — entzündliche und andere gutartige Veränderungen — Karzinomdiagnostik und Differentialdiagnose — Phasenkontrastmikroskopie

Nichtgynäkologische Zytologie
Anatomie, Histologie und Pathologie des Respirationstraktes
Zytologie des Respirationstraktes
Anatomie, Histologie und Pathologie des Magen-Darm-Kanals
Zytologie des Magen-Darm-Kanals
Anatomie, Histologie und Pathologie des Urogenitaltraktes
Zytologie des Urogenitaltraktes
Anatomie, Histologie und Pathologie der Mamma, des zentralen Nervensystems usw.
Zytologie der Mamma, des zentralen Nervensystems usw.

Punktionszytologie
Sexchromatinbestimmung und Übersicht über Chromosomenanalysen

Ferner sind vorgesehen:
Zytologisch-diagnostische Demonstrationen und Übungen am Mikroskop
Praktikum in der gynäkologischen Sprechstunde
Theoretische und praktische Zwischenprüfungen (wöchentlich)

Nach dem ersten Halbjahr erfolgt eine Zwischenprüfung, deren Ergebnis über die Zulassung zum Praktikum entscheidet

Praktikum: Ableistung in einem zytologischen Laboratorium. Die Schülerinnen sind dort unter Anleitung praktisch tätig. Während dieses Praktikums wird mindestens zweimal wöchentlich eine Stunde theoretischer Unterricht erteilt

Abschlußprüfung: Die Ausbildung wird mit einer Abschlußprüfung beendet. Diese Prüfung besteht aus einem theoretischen und einem praktischen Teil

Der theoretische Teil, der schriftlich und mündlich erfolgt, soll sich auf den gesamten Unterrichtsstoff erstrecken

Im praktischen Teil müssen die Schülerinnen zehn Zellabstriche beurteilen und die Befunde schriftlich niederlegen

Prüfungskommission: Ein amtlich bestellter Prüfungskommissar — ein Vertreter der Bayerischen Landesärztekammer — der Leiter der Schule — die Lehrkräfte der Schule jeweils für ihr Fachgebiet

Die staatliche Anerkennung dieser Schule wird noch beantragt werden

Beginn des Unterrichts: Montag, 9. Oktober 1967

Anmeldeformulare können bei der Bayerischen Landesärztekammer angefordert werden

Anmeldeschluß: 10. September 1967

Dringlich zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

Oberfranken

Leupoldsgrün, Lkr. Hof: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)

Marktredwitz: 1 Allgemeinpraktiker

Nalla: 1 Facharzt für Augenkrankheiten

Plankenfels, Lkr. Ebermannstadt: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)

Rodach bei Coburg: 1 Allgemeinpraktiker

Sparneck, Lkr. Münchberg: 1 Allgemeinpraktiker

Untersiemau, Lkr. Coburg: 1 Allgemeinpraktiker (2. Arztsitz)

Warmensteinach, Lkr. Bayreuth: 1 Allgemeinpraktiker (2. Arztsitz)

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Oberfranken — 8580 Bayreuth, Bürgerreuther Straße 7 a, zu richten.

Oberpfalz

Beratzhausen: 1 Allgemeinpraktiker
Falkenstein: 1 Allgemeinpraktiker

Hirschau-Schnaittenbach (Ortsteil Schnaittenbach): 1 Allgemeinpraktiker

Maxhütte-Haidhof-Leonberg-Teublitz (Ortsteil Maxhütte-Haidhof): 1 Allgemeinpraktiker

Neumarkt: 1 Facharzt für Augenkrankheiten
Roding: 1 Allgemeinpraktiker

Roßbach/Wald: 1 Allgemeinpraktiker

Sulzbach-Rosenberg: 1 Allgemeinpraktiker

Sulzbach-Rosenberg: 1 Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten
Vohenstrauß: 1 Allgemeinpraktiker

Waldersbof: 1 Allgemeinpraktiker

Waldthurn: 1 Allgemeinpraktiker

Weiden: 1 Facharzt für Kinderkrankheiten
Weiden: 1 Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten
Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Oberpfalz — 8400 Regensburg, Landshuter Straße 49, zu richten.

Niederbayern

Niederpöring, Lkr. Vilshofen: 1. Allgemeinpraktiker
Es handelt sich um einen alten Kassenarztsitz, der durch den Wegzug des bisherigen Kassenarztes frei geworden ist. Dem Bewerber steht ein schönes Einfamilienhaus mit Praxisräumen zu einem monatlichen Mietpreis von 150,— bis 200,— DM zur Verfügung.

Straubing: 1 Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten
Es handelt sich um eine seit über 20 Jahren bestehende Fachpraxis, die durch den Tod des Inhabers frei geworden ist. Straubing hat ca. 37 000 Einwohner und ein sehr großes Einzugsgebiet. Obwohl noch eine Fachärztin für Nerven- und Gemütskrankheiten am Ort niedergelassen ist, bietet diese Stelle eine sehr gute Existenz für einen Neurologen.

Zwiesel, Lkr. Regen (Bayer. Wald): 1 Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten.
Die Stelle wurde durch den Wegzug des bisherigen Praxisinhabers frei.
Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Niederbayern — 8440 Straubing, Lilienstraße 5—7, zu richten.

Mittelfranken

Tauberzell, Lkr. Ansbach: 1 Allgemeinpraktiker
Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Mittelfranken — 8500 Nürnberg, Keßlerplatz 5, zu richten.

Schwaben

Höchstädt/Do.: 1 Allgemeinpraktiker
Der Praxisvorgänger ist am 18. März 1967 verstorben. Wohn- und Praxisräume stehen zur Verfügung. Es handelt sich um eine umfangreiche Kassenpraxis mit großem Einzugsgebiet. Am Ort sind mehrere Kassenärzte tätig. Der Sonntagsdienst ist geregelt. Für Kinder besteht eine sehr günstige Verkehrsverbindung nach Dillingen/Do. zum Besuch höherer Schulen.

Biessenbofen, Lkr. Marktoberdorf: 1 Allgemeinpraktiker
Einzelarztsitz in landschaftlich reizvoller Gegend. Praxisvorgänger ist verstorben. Praxisräume stehen zur Verfügung. Sowohl in Kaufbeuren wie in Marktoberdorf besteht Gelegenheit zum Besuch höherer Schulen.

Neuburg/Do.: 1 Allgemeinpraktiker
Der Kassenarztsitz wird infolge Praxisaufgabe ab 1. Oktober 1967 vakant. Praxisräume stehen zur Verfügung. Höhere Schulen sind am Ort.
Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Schwaben —, 8900 Augsburg, Schaezlerstr. 19, zu richten.

Unterfranken

Hambach, Lkr. Schweinfurt: 1 Allgemeinpraktiker
Wildflecken/Rhön: 1 Allgemeinpraktiker
Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Unterfranken —, 8700 Würzburg, Hofstraße 5, zu richten.

Die 18. Wissenschaftliche Ärztetagung Nürnberg der Bayerischen Landesärztekammer

findet vom **8. bis 10. Dezember 1967** unter der wissenschaftlichen Leitung von Professor Dr. Schubert statt

Themen: **Therapie der Magen- und Darmkrankheiten**
Therapie der Herz- und Kreislaufkrankheiten
Probleme der medikamentösen Geburtenregelung

Anmeldung: **Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85, Telefon 36 11 21**

PERSONALIA

Hofrat Dr. Theodor Struppler 95 Jahre

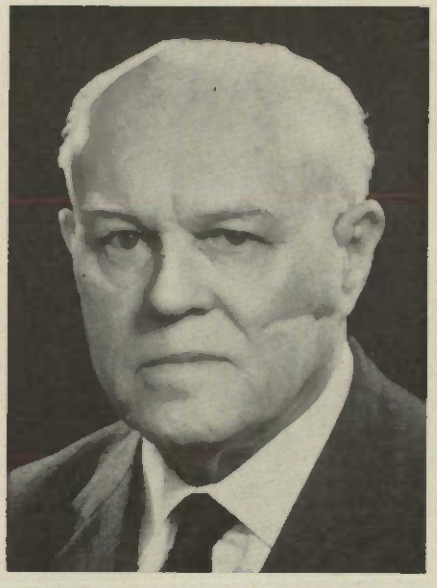
Am 12. 7. 1967 wurde Herr Kollege Hofrat Dr. Theodor STRUPPLER, Geheimer Sanitätsrat und Praktischer Arzt in München, 95 Jahre alt. In einem Empfang, den seine Enkel für ihn gaben, konnte Kollege Struppler die Glückwünsche zahlreicher Vertreter des öffentlichen Lebens, der Kunst und Wissenschaft entgegennehmen. Auch Herzog Albrecht von Bayern, mit dessen Haus Hofrat Struppler seit der Jahrhundertwende eng verbunden ist, befand sich unter den Gratulanten.

Die Glückwünsche der Bayerischen Landesärztekammer überbrachte Vizepräsident Dr. SONDERMANN, der dem Jubilar einen Besuch in seiner Wohnung machte.

Herr Kollege Struppler, ein gebürtiger Pfälzer, hatte seine Approbation im Jahre 1896 in München erhalten. Im Jahre 1895 promovierte er in München zum Dr. med. Er war mit 23 Jahren vermutlich der jüngste Doktor der Medizin in Bayern und dürfte heute wohl der älteste noch praktizierende Arzt Deutschlands sein. Hofrat Dr. Struppler ist Träger hoher Auszeichnungen des Königreiches und des Freistaates Bayern sowie der Bundesrepublik Deutschland, so u. a. des Michaelsordens, des Bayerischen Verdienstordens und des Bundesverdienstkreuzes I. Klasse.

Herr Kollege Struppler dürfte noch der einzige Arzt in Deutschland sein, der bereits im vergangenen Jahr anläßlich seines 70jährigen Doktorjubiläums das diamantene Doktordiplom erhielt.

Dr. Albert Angerer 80 Jahre



Am 15. 7. 1967 vollendete Dr. ANGERER, noch immer unermüdlich in seinem Beruf wirkend, kritisch aufgeschlossen den Fortschritten der medizinischen Wissenschaft zugewandt, sein 80. Lebensjahr. Eine Nachricht, die in dem überaus großen Kreis seiner Freunde und Patienten angesichts der ungebrochenen Vitalität und des frohen geselligen Temperaments dieser bekannten Bayreuther Persönlichkeit doch wohl mit einiger Überraschung vernommen wird.

Dr. Angerer entstammt einer alteingesessenen bayerischen Forstfamilie, in der auch der Beruf des Arztes häufig vertreten ist. In Würzburg verbrachte er seine Jugend- und Studentenjahre. Dort und an Kliniken in Erlangen und Breslau erhielt er das wissenschaftliche Fundament seiner ärztlichen und fachärztlichen Ausbildung. Schon seit 1917 wirkte er, von der Westfront kommend, zunächst an Bayreuther Lazaretten und war gleichzeitig dem Städtischen Krankenhaus Bayreuth bis 1919 als Chirurg zugeteilt. Im gleichen Jahre eröffnete

NERVO-OPT®
beruhigt die Nerven und bringt erquickenden Schlaf
OP zu 200 ccm
OP zu 50 Dragees
DR. BRAUN U. HERBERG BAD SCHWARTAU

er hier seine eigene Praxis. Während des zweiten Weltkriegs war Dr. Angerer Chefarzt des größten Bayreuther Lazaretts, in dem sowohl sein chirurgisches Können als auch sein glückliches Organisationstalent und seine liberale menschliche Führung vielen Tausenden von Verwundeten zugute kam.

In den Tagen des Zusammenbruchs 1945 wurde ihm sein Lebenswerk, seine eigene, weithin bekannte Privatklinik, durch Bombenangriff vernichtet. In ungebrochener Schaffenskraft stellte er sich nun ganz auf die allgemeine Praxis um.

Vor 40 Jahren trat Dr. Angerer in unmittelbare Beziehung zum Bayreuther Festspielgeschehen, als ihn Siegfried Wagner zum Festspielarzt berief. In dieser Stellung hat er wie kaum ein anderer die Bayreuther Festspielgeschichte miterlebt und mit manchem Künstler von Rang und Namen Lebensfreundschaft geschlossen.

Auch im gesellschaftlichen und sportlichen Leben trat Dr. Angerer hervor. So verdankt ihm z. B. der Tennisclub seine Gründung.

Schon in jungen Jahren war Dr. Angerer in ärztlichen Organisationen tätig. Bereits 1920 erfolgte der Eintritt in den Vorstand des Ärztlichen Kreisverbandes Bayreuth—Münchberg—Pegnitz, dem er über 18 Jahre als 1. Vorsitzender präsidierte. Von 1924—1935 wirkte er als Delegierter zum Bayerischen und Deutschen Ärztetag. 1945 leitete er kommissarisch das Staatliche Gesundheitsamt Bayreuth. Seit 1957 ist er Beisitzer des Landesberufsgerichts für die Heilberufe beim Bayerischen Obersten Landesgericht, und seit 1959 Mitglied des Medizinalausschusses der Regierung von Oberfranken. Sein sachliches und korrektes Verhalten bei Berufs- und Ehrengerichten hat stets Anerkennung gefunden.

In den schweren Nachkriegsjahren war es Dr. Angerer ein besonderes Anliegen, eine Krankenunterstützungskasse für erkrankte Kollegen zu schaffen. Seine Mitwirkung bei der Gründung der oberfränkischen Sterbekasse ist unvergessen.

Besondere Verdienste hat sich Dr. Angerer als Initiator des Bayerischen Ärztetages 1965 in Bayreuth erworben. Nach mühevoller, aufopfernder vorbereitender Tätigkeit war ihm durch den reibungslosen, in jeder Beziehung geglückten Ablauf der vielseitigen Veranstaltungen ein großer Erfolg beschieden.

In Würdigung seiner verdienstvollen Persönlichkeit erhielt Dr. Angerer auf Vorschlag der Regierung das Bundesverdienstkreuz I. Klasse.

Es bedürfte gewiß nicht erst des äußeren Anlasses dieser hohen Auszeichnung durch den Bundespräsidenten, um die Verdienste einer so weithin angesehenen und beliebten Persönlichkeit zu würdigen.

Dr. Angerer charakterisiert nichts treffender als das Goethe-Wort

„Haltet das Bild der Würdigen fest!
Wie leuchtende Sterne teilte sie aus
die Natur durch den unendlichen Raum"

Dr. Gycha, Bayreuth

Dr. Karl Stollnreuther 80 Jahre

Auf die 80. Sprosse der Lebensleiter
Steigt nun Herr Dr. Stollnreuther;
Die Ärzte Münchens — Stadt und Land —
Drücken ihm herzlichst zum Glückwunsch die Hand!

Ein Gruß voll besonderer Hochachtung und Anerkennung gilt heute einer in Münchener Ärztekreisen ebenso bekannten, wie beliebten Persönlichkeit, Herrn Dr. Karl STOLLNREUTHER. Er begeht in bewundernswerter geistiger und körperlicher Frische seinen 80. Geburtstag. Trotz der Zahl seiner Lebensjahre ist er der Standespolitik und den Gremien Münchens von KV und Vorstandschaft des Ärztlichen Kreisverbandes mit ungemindertem Kräfteeinsatz treu geblieben. Schon bald nach dem zweiten Weltkrieg schaltete Herr Kollege Stollnreuther sich aktiv und wirksam innerhalb der „Neuen Liste" in die Standespolitik Münchens ein. Sein Rat und sein Wissen werden in der Vorstandschaft des ärztlichen Kreisverbandes München geschätzt und beachtet. Als ältestes Vorstandsmitglied bildet er mit seiner Erfahrung die anerkannte Brücke zur jüngeren Generation. In seiner Eigenschaft als Arzt und Apotheker legte er oft seine Beurteilung von Behandlungsmethoden und neuen Arzneimitteln der Kollegenschaft in gewandter Rede und bei großer Sachkenntnis und Objektivität dar. Bei der Schaffung von Arzneimittelgesetzen, bei der Tätigkeit von Arzneimittelkommissionen wurde seine Stimme nicht überhört. Seine Fähigkeiten auf seinem Spezialgebiet machte sich die KV Münchens zunutze und übertrug ihm die Leitung der Rezeptprüfstelle der KV München-Stadt und -Land. Eine schwierige Aufgabe, die neben Wissen viel Takt und Objektivität für alle Beteiligten verlangt. Nur einer Persönlichkeit vom Formate Stollnreuthers konnte die Handhabung dieser kritischen Stelle zur Zufriedenheit der kontrahierenden Parteien gelingen. Daß von Ihm die Verwaltung dieser Stelle bei seinem Lebensalter noch heute so versiert gehandhabt wird, ist seiner geistigen Rüstigkeit und seiner Einsatzfreude zu danken. Vielleicht erhält ihn seine vielseitige, vor allem musische Begabung so aktiv. Noch heute wirkt er in einem anerkannten und bekannten Orchester von Amateuren, der „wilden Gungel", eifrig und mit Anerkennung mit. Begabung und Begeisterung in künstlerischer Hinsicht ließen ihn auch zum „Vater" der Künstlergilde der

Münchener Ärzte werden, der er Auftrieb gab und wesentlich zu ihrer Wiederbelebung nach dem zweiten Weltkrieg beitrug.

Als Freund von Geselligkeit mit Niveau, in seinem Wesen liebenswürdig und hilfsbereit, steht der hochverdiente und sehr geschätzte Jubilar an einem Lebensabschnitt, zu dem jeder, der ihn kennt, ihm aufrichtigen und dankbaren Herzens gratuliert.

Dr. H. Berling, München

FAKULTÄT

München

Professor Dr. Carl BECKER, bisher Dekan der Philosophischen Fakultät, wurde zum neuen Rektor für das Studienjahr 1967/68 gewählt.

Professor Dr. Ludwig KOTTER, der bisherige Rektor, wird nun als Prorektor amtieren.

Professor Dr. med. Fritz HOLLE wurde zum Dekan der Medizinischen Fakultät gewählt.

Professor Dr. med. Manfred KIESE tritt damit das Amt des Prodekans der Medizinischen Fakultät an.

Dr. Heinz KRIEGEL erhielt durch Umhabilitierung die Lehrbefugnis für Strahlenbiologie.

Dr. Gerhard ULBRECHT wurde die Lehrbefugnis für Physiologie erteilt.

AUS DER GESCHICHTE DER MEDIZIN

Die Deutsche Universität in Prag

Von Dr. Walther Koerting

(Fortsetzung)

An der Deutschen Universität in Prag bestanden zwei Medizinische (Interne) Kliniken. Nach der Teilung der Universität (1882) kam die eine Klinik, die erste, wie sie immer hieß, an Prof. Przibram. Es war kein Hörsaal vorhanden, die Vorlesungen für durchschnittlich einhundert Hörer mußten in einer freigemachten Ecke eines Krankenzimmers abgehalten werden. Später kam ein Laboratoriumsraum dazu. Nach Übersiedlung der Tschechischen Klinik (1891) in einen Neubau wurde der Hörsaal frei und ein bakteriologisches Laboratorium wurde eingerichtet. Die ambulanten Patienten mußten auf dem engen klinischen Gang warten, um dann in einem Krankenzimmer untersucht zu werden. Nach Übersiedlung der Augenklinik in den neugebauten Franz-Joseph-Pavillon, der auch die zweite interne Klinik aufnahm, wurden die Räume erweitert. Diese (zweite) Klinik war anfangs noch schlechter ausgestattet als die erste. Die Krankenzimmer, die keine Korridore (Flure) hatten, dienten als Durchgang. Erst 1884 konnte auch diese Klinik etwas erweitert werden. Erst durch die bereits erwähnte Übersiedlung in den Franz-Joseph-Pavillon konnte vorerst den Raumansprüchen genügt werden. Schon vor dem zweiten Weltkrieg wurde ein Aufbau begonnen, der im Kriege selbst beendet wurde. Man darf nicht vergessen, daß die Weiterentwicklung der Medizin, vor allem durch die Einrichtung von Röntgenabteilungen, zusätzlichen Raumbedarf nötig machte.

Die Kinderheilkunde hatte an zwei Stellen ihre Heimstätte. Ein Kinderspital mit neun Betten wurde mietweise 1842 im sogenannten St.-Lazarus-Gebäude, in der Brenntegasse, errichtet. Dr. Josef Löschner gelang die Schaffung eines ausreichenden Erhaltungsfonds und die Erwerbung eines eigenen Hauses durch die tätige Mithilfe weiter Kreise und durch die Widmung eines Großteils seines eigenen Vermögens. Dieses dreistöckige Haus mit Garten wurde 1854 bezogen und erhielt später den Namen Kaiser-Franz-Joseph-Kinderspital. Während hier Kinder jenseits des Säuglingsalters versorgt wurden, fanden Säuglinge in der zweiten Kinderklinik, in der Landesfindelanstalt, 1875 geschaffen, Aufnahme. (Die Findelanstalt wurde 1789 unter Kaiser Joseph II. errichtet. Mit dem Hofdekret vom 30. Juni 1804, also bald nach Einführung der Schutzpockenimpfung in Österreich, wurde der Impfunterricht geregelt und bestimmt, „daß die Studierenden der Chirurgie, ehe sie sich den strengen Prüfungen unterziehen, in dem vereinigten Gebär- und Findelhause, wo immer die Kuhpockenimpfungen vorgenommen werden, die Einimpfung selber vornehmen." Diese Verordnung wurde mit Hofkanzleidekret vom 14. November 1820 auch für die Studierenden der Medizin als bindend erneut. Mit der Leitung des Impfunterrichtes wurde der jeweilige Primararzt der Findelanstalt betraut und zur Abhaltung der Kurse verpflichtet.)

Die Dermatologie, die vor allem durch Philipp Josef Pick eine beispielgebende Organisation erfuhr — Ph. J. Pick war der Begründer und Herausgeber des „Archivs für Dermatologie und Syphilis", die Deutsche dermatologische Gesellschaft hielt ihren ersten Kongreß in Prag ab —, wurde in Prag entgegen der Wiener Einrichtung, nach welcher für die Haut- und Geschlechtskrankheiten getrennt Kliniken bestanden, in einem Institut vereinigt und der Unterricht so eingerichtet, daß beide Fächer gleichmäßig gewürdigt wurden. „Die in jeder Beziehung unzulänglichen und vielfach sanitätswidrigen Räume der Klinik, die sich überdies in 4 bis 5 weit auseinander liegenden Hofgebäuden des Allgemeinen Krankenhauses befanden" (Ph. J. Pick), wurden zusammengefaßt und brauchbare Krankenzimmer geschaffen. Es wurden Laboratorien für histologische, bakteriologische und physikalisch-chemische Arbeiten geschaffen. Später kam noch eine Abteilung für Finsentherapie und schließlich eine moderne Bestrahlungsanlage hinzu, nachdem die Klinik durch einen Anbau erweitert und ein großer Hörsaal geschaffen worden war.

Die Augenheilkunde, die vor allem nach J. N. Fischer durch Ferdinand Arit, dessen Name bereits bei Besprechung der oto-rhinologischen Klinik genannt wurde,

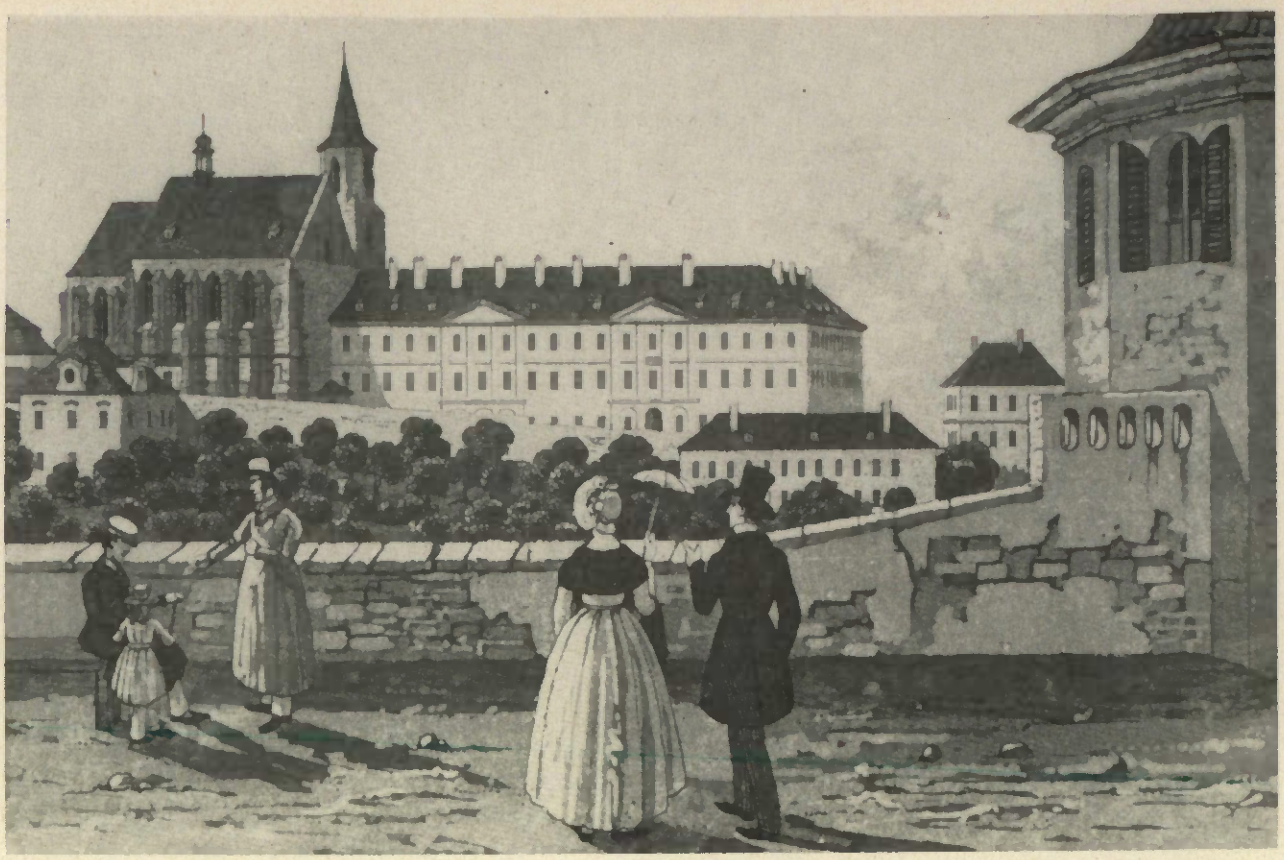


Abbildung 11: Links: die Kirche zu St. Apollinar — Rechts: die frühere Gebäranstalt

einen besonderen Aufschwung nahm, befand sich vorerst in zwei großen Sälen und drei kleinen Zimmern, die vorwiegend für Trachomkranke bestimmt waren. Ein Zimmer wurde zum Vorlesungs- und Operationssaal umgestaltet. Später erfuhr die Augenklinik ergänzende Erweiterungen, bis sie endlich im bereits genannten neuen Franz-Joseph-Pavillon (1899) entsprechende Räume erhielt.

Den größten Ruhm unter allen Prager Kliniken erlangte im vorigen Jahrhundert, wie Grosser hervorhebt, die geburtshilfliche. Sie war, wie v. Rosthorn in seiner historischen Darstellung sagt, um die Mitte des vorigen Jahrhunderts, ja bis in die siebziger Jahre, eine der hervorragendsten Lehrstätten Europas. Der Zudrang von in- und ausländischen Ärzten war zeitweilig so stark, daß der akademische Senat eine besondere Regelung treffen mußte, um die Studierenden vor Benachteiligung zu bewahren. Die Gebäranstalt war frühzeitig in verhältnismäßig großem Maßstab eingerichtet. 1789 wurde die Anstalt bei St. Apollinar auf dem sogenannten Windberg eröffnet (siehe Abbildung 11). Die Anstalt hatte 1837 10 Zimmer mit 52 Betten für arme Frauen, 22 Betten in einem Zahlstock als „Geheime Abteilung" und relativ reichliche Räume für Ärzte, Pflegepersonal, Studenten und Hebammenschülerinnen. Es gab anfangs in diesem Hause durchschnittlich 1400 Geburten im Jahr, um 1845 aber schon 2400. Viele Mißstände wurden erst behoben, als der Unterricht der Mediziner und Hebammenschülerinnen getrennt wurde, was erst in den achtziger Jahren nach Errichtung des Neubaues möglich war. Dieser Neubau, östlich von den Apollinarisgründen nach dem Pavillonsystem aufgeführt, litt daran, daß er statt der geplanten zwei Kliniken drei aufnehmen mußte, eine deutsche und eine tschechische Klinik und die Hebammenklinik. Er ist nach Art der norddeutschen Backsteinbauten ausgeführt. Im ersten Stock war die eine Hälfte des Gebäudes, bestehend aus einem langen Trakt und drei senkrecht daraufgesetzten Flügeln, der deutschen geburtshilflichen Klinik eingeräumt. Im anderen Trakt gehörte dazu ein Schlafsaal für Praktikanten und Gäste mit 20 Betten und zwei Zimmer für, wie sie genannt wurden, „Vorratsschwangere", d. h. Schwangere, die ihrer Geburt in nicht allzuferner Zeit entgegensahen und keine andere Unterkunft hatten. Sie wurden zu leichten Arbeiten in der Klinik herangezogen. Die Klinik selbst hatte einen Hörsaal mit rund 100 Sitzen, ein kleines Kreißzimmer für bereits auswärts Untersuchte mit vier Betten und einen großen Kreißsaal für sicher „reine" Gebärende mit sechs Betten usw. Im selben Stockwerk befand sich ein Unterrichtsraum für die Operationskurse. Im ganzen waren 40 Betten für Schwangere und Wöchnerinnen vorhanden.

Es sei hier eine wegen ihrer sozialmedizinischen und medizinhistorischen Bedeutung interessante Bemerkung eingefügt, entnommen den Ausführungen von Professor Dr. Gottfried Ritter von Rittershaln im „Ärztlichen Correspondenzblatt für Böhmen, Organ des Vereins deutscher Aerzte in Prag" (1873, Novemberheft):

„Ich unterliess es absichtlich in dem Vorangehenden von der äusserst mässigen und in Berücksichtigung der Umstände höchst billigen Erhöhung der *Privatammen-Loskaufstaxe* zu sprechen, weil diese Verfügung von keinem Belange für das innere Leben der beiden Schwesteranstalten ist, sondern höchstens das ammenbedürftige Publicum berührt. Doch dürfte es namentlich für die Herren Collegen gut sein, zu erfahren, dass jede Partei, welche eine Amme aus der Findelanstalt

in ihren Diensten aufnehmen will, gegenwärtig statt 12 fl. 60 kr., den Betrag von 15 fl. zu Handen des Landesfondes zu erlegen habe. Die auf diese Weise übernommenen Privatammen können im Falle eintretender Untauglichkeit zum Stillen, oder falls andere triftige Gründe vorhanden sind, von Parteien in Prag oder in den Prager Vorstädten innerhalb 14, von Landparteien innerhalb 16 Tagen (und zwar im letzteren Falle in der Art, dass das bezügliche brieflich oder telegraphisch gestellte Verlangen längstens am 16. Tage bei der Anstalt eingelangt sein muss) ohne Erlegung einer neuen Taxe gegen andere taugliche ausgewechselt werden. Ebenso steht aber auch den Ammen das Recht zu, innerhalb der Auswechslungsfrist ihre Rückstellung in die Findelanstalt und Auswechslung gegen eine andere Amme zu verlangen.

Diese Erhöhung der Privatammentaxe (welche letztere wohl zu unterscheiden ist von der früher erwähnten höheren Ammenloskauftaxe) um 2 fl. 40 kr., während beispielsweise an der Wiener Findelanstalt mehr als das Doppelte für eine Amme gezahlt wird, scheint an sich geringfügig genug. Bedenkt man aber, dass die Zahl der also ausgekauften Privatammen vom Jahre 1866 an, wo sie 57 betrug, in dem Masse stieg, dass im J. 1872 für 451 und in den letzten verflossenen Monaten dieses Jahres bereits für 346 Ammen diese Taxe erlegt wurde, so wird es einleuchtend, dass auch durch die so unscheinbare Massregel, auf eine Weise, die für Niemanden drückend wird — dem Fonde eine freilich relativ kleine, doch an sich keineswegs zu verachtende Zubusse geschaffen wurde."

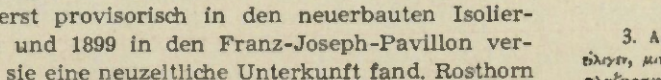
Im Jahre 1842 wurde im Allgemeinen Krankenhaus eine Gynäkologische Klinik eingerichtet, die immer dem Vorstand der geburtshilflichen Klinik unterstand, eine der ersten Europas, aber entsetzlich primitiv. Noch um 1890, unter Schauta, bestand sie aus drei kleinen Zimmern mit 16 Betten, einem kleinen, mit Kisten und Gerümpel angeräumten Operationszimmer ohne Wasserleitung, einem Ambulanzraum, in dem außer dem Arzt und der Patientin eine dritte Person kaum Platz hatte. Ein Warteraum für die Ambulanz fehlte. Und doch hat gerade Schauta dort große Operationen mit Erfolg ausgeführt. Die Klinik wurde unter v. Rostborn 1894 zuerst provisorisch in den neuerbauten Isolierpavillon und 1899 in den Franz-Joseph-Pavillon verlegt, wo sie eine neuzeitliche Unterkunft fand. Rosthorn spricht von ihrem „ganz ideal ausgestatteten" Hörsaal mit großer Anerkennung.

Wie aus dem vorstehenden hervorgeht, waren die unter einem Chef vereinigte Geburtshilfliche und Gynäkologische Klinik räumlich getrennt, etwa fünf bis zehn Minuten Gehzeit voneinander entfernt, die eine im Allgemeinen Krankenhaus, zuletzt im Kaiser-Franz-Joseph-Pavillon, die andere auf dem Windberg.

In der Glanzzeit der Prager medizinischen Schule war der Prager geburtshilflichen Klinik ein damals viel gesungenes Lied gewidmet, das in den alten Kommersbüchern Aufnahme fand:

1. Hin nach Pragien, hin nach Pragien, sollst du Musengaul mich tragien, wo die Gulden flöten gehn, wo mit Deutschlands blonden Söhnen sich des Slavenstammes Schönen nur in einem Punkt verstehn!
2. Zum Spital, dem allgemeinigen, soll ich meinen Fuß beschleunigen, wo der Jüngling arzten lernt, wo auch ohne venae sectio die entzündliche affectio aus der pleura sich entfernt.
3. Auf den Windberg, auf den steiligen, möcht ich zu den Jungfrauen eiligen, mit geräumigem Utero, drin am Nabelstrang, dem keuschen, nach den Plazentargeräuschen lächelnd hüpft der Embryo.
4. Zu Appoligen, zu Appoligen, will ich auch im Geist mich trolligen, wo der Tischgast attrophiert, wo zum Tanz die Heska Holka nach dem Klang der muntern Polka der Primär' am Bändchen führt.
5. Zur Bastel möcht' ich hinanigen, wo der Herbstwind mit Kastanigen nach dem Haupt des Wanderers zielt, dort wo unter Samtmantillen für den Lustwandlör im Stillen menschlich die Chlorose fühlt.
6. Endlich auch zum edlen Bindiger möcht' ich sein ein Pfadefindiger, wo der Hase gülden hüpft, wo des fröhlichen Tokayer kühlend heißes Freudenfeuer durch den Pharynx willig schlüpft.
7. Hierher wird mit Wehmutsthränigen, stets das Herz retour sich sehnigen, klopft es wiederum daheim, hier, wo jetzt bei Weines Blitzen abortiert in schlechten Witzen Doctor medicinae Keim.
8. Arzt, Chirurgus und für Kinder auch vereidigter Entbinder aus der preuss'schen Monarchei, Prag im Mai am letzten Datum, in dem Jahr post Christum natum achtzehnhundert, fünfzig, drei.

Die Strophe Nr. 3 war in einzelnen keuschen Kommersbüchern, so im „Allgemeinen Deutschen Commersbuch", 1885, 25. Auflage, in griechischen Lettern gedruckt wor-



den, „was jetzt", schrieb der Medizinhistoriker Professor Dr. Friedel Pick in seiner Arbeit „Altprager Studentenlieder" (1923), „in der Zeit des Frauenstudiums kaum mehr genügend Schutz bietet".

In der kenntnisreichen Schrift des bekannten Musikhistorikers, Professor Dr. Paul Nettl („Prag im Studen-

Lymphozil
KLEINTABLETTEN
®
die Umstimmungsarznei
für Lymphatiker
bei ungenügender Infektabwehr
JULIUS REDEL CESRA-ARZNEIMITTELFABRIK
HAUENEBERSTEIN b/BADEN-BADEN

tenlied" in der „Schriftenreihe der sudetendeutschen Ärzte", 1964), erklärt Nettl, daß dieses Medizinerlied mit Propagierung der erotischen Symbiose eine Melodie von C. Kuntze (1817—1883) aus dem Jahre 1874 gefunden hat. Merkwürdigerweise beginnt die Melodie ähnlich wie Beethovens Andante Favori, das ursprünglich als 2. Satz der berühmten Waldstein-Sonate gedacht war.

Mit dem Windberg ist der Windberg beim Allgemeinen Krankenhaus in Prag gemeint, mit Apolligen die „Gifthütte" nahe der Apollinaris-Kirche. Binder am Altstädter Ring in Prag, gegenüber der altberühmten Aposteluhr, war eine bekannte Weinstube, die sich noch bis vor kurzem gehalten hat. Die letzte Strophe, nach der der Dichter ein Dr. med. Keim ist, der in Deutschland lebte, gibt auch das Datum der Dichtung mit dem 31. Mai 1853 an.

Über die „Gifthütte" kann man Ergötzliches in Egon Erwin Kisch's bekannter Aufsätze-Sammlung „Aus Prager Gassen und Nächten" nachlesen, die auch das angegebene Lied teilweise zitiert. Danach erfreuten sich die Bälle in der „Gifthütte", auch „Jodoform-Kränzchen" genannt, größter Beliebtheit und die Damen rekrutierten sich aus drei Gesellschaftsschichten: 1. den dienstfreien Wärterinnen der medizinischen Institute, 2. den Dienstmädchen der in den Instituten wohnenden Professoren der philosophischen und der medizinischen Fakultät, und 3. den Hörerinnen der Hebammenkurse.

Eine Spezialität des „Jodoform-Kränzchens" war die 6. Tour der Quadrille, die sich bis tief in den Garten hinauszog. Übrigens stießen die „Jodoform-Kränzchen" gelegentlich auf Widerstand, so, wenn der Pfarrer der nahen St.-Apollinar-Kirche an den Regierungsrat Prof. Weber von Ebenhof, den Bruder des damaligen Statthalters, eine Zuschrift richtete, in welcher er bat, man möge besonders den Hebammen den Ballbesuch verbieten. Der Pfarrer stieß auf taube Ohren, da der Regierungsrat selbst in der Gifthütte seinen täglichen Frühschoppen trank. Sogar Professorentöchter sollen an dem „Jodoform-Kränzchen" teilgenommen haben. „Heute tanzen", erzählte Kisch, „am Abend keine Professorentöchter mehr, sondern bloß die Dämchen, die auf der nahen Wallstatt den schweren Nachtkampf ums Dasein führen müssen."

Zweier Lehrkanzeln sei noch gedacht. Für die Zahnheilkunde findet sich ein Lehrauftrag im Jahre 1858, aber erst unter Boennecken erhielt sie ein größeres Institut, später durch Häupl eine Klinik mit klinischen Betten. Die Lehrkanzel für Tierheilkunde, schon 1795 errichtet, mußte von Ärzten und Wundärzten besucht werden. Der Plan, eine Deutsche tierärztliche Fakultät oder Hochschule zu schaffen, kam nicht zur Ausführung. Die Poliklinik der Deutschen Universität wurde in der erwähnten Aufsatzreihe der Medizinischen Fakultät von ihrem damaligen Vorstand, Prof. Dr. Ferdinand Schenk, behandelt. Sie wurde 1847 von Dozent Dr. Josef Halla gegründet. Sie blieb bis nach dem Ersten Weltkrieg unter schließlich, bei dem herrschenden Zudrang, geradezu unglaublichen Raumverhältnissen in denselben Räumen der Altstadt und übersiedelte dann in wieder von Anfang an unzureichende Räume in einem neuen Privathaus der Altstadt. Sie hatte zuletzt sieben Abteilungen und einen in ganz großem Maßstab entwickelten Ambulanzbetrieb; die ursprüngliche Aufgabe, arme Kranke in ihren Wohnungen zu besuchen, mußte ganz in den Hintergrund treten. Der Neubau der Poliklinik wurde unter der ersten Republik zu einem Politikum und hatte ein ähnliches Schicksal wie der Bau des Kollegiumsgebäudes; Pläne wurden gemacht, Bauplätze gesucht und bestimmt, und schließlich geschah nichts. Und dabei waren es weitaus überwiegend tschechische Patienten, die unter den Übelständen zu leiden hatten. „Von den 7 Abteilungen war eine in Kellerräumlichkeiten, 2 im Parterre und 4 im ersten Stock untergebracht. Die interne Abteilung verfügte nur über 3, die Kinderabteilung gar nur über 2 Räume, und so ähnlich waren alle übrigen Abteilungen gestellt. So befanden sich z. B. in einem Untersuchungszimmer der internen Abteilung, im Ausmaß von $6^1/_2 \times 4^1/_2$ m, oft mehr als 20 Personen (Patienten, Ärzte, Studenten, Wartepersonen) gleichzeitig beisammen, so daß bei dem Lärm eine ordentliche Untersuchung zumeist gar nicht möglich ist. Infolge dieses Raummangels konnte auch kein entsprechendes Roentgenphotogerät aufgestellt werden, so daß die Patienten wegen einer Roentgen-Photoaufnahme an die entfernt gelegene Klinik geschickt werden mußten. Der Behandlungsraum der internen Abteilung war ein kleines Kabinett von $2^1/_2 : 4^1/_2$ m, das bei einer Zahl von jährlich 18 000—20 000 Einzelordinationen für alle elektrischen Behandlungsmethoden, Diathermie, Bestrahlungen, Vibrationen, Massage, Vierzellenbäder etc. für Männer und Frauen dienen mußte.

Das Roentgeninstitut der Poliklinik war in einer ursprünglichen Küche im Ausmaß von $3^1/_2 : 3^1/_2$ m untergebracht, was nicht nur jeden erfolgreichen Betrieb unmöglich machte, sondern auch eine große Gefahr für die dort arbeitenden Aerzte, Studenten und Schwestern, aber auch für die Patienten selbst bedeutete. Die Enge des Raumes gestattete auch keine hinreichende Sicherung gegen Schädlinge durch Starkstromleitungen. Ein weiterer großer Uebelstand war darin gelegen, daß überhaupt keine Warteräume vorhanden waren, so daß Hunderte von Patienten der verschiedenen Abteilungen täglich in den Gängen, zumeist stehend, oft lange Zeit warten mußten, bis sie an die Reihe kamen, was von den Schwerkranken besonders schwer empfunden wurde.

Die Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten hatte weder getrennte Wartezimmer, noch Untersuchungszimmer für Männer und Frauen. Der Zugang zum physikalischen Behandlungsraum der internen Abteilung ging durch die Frauenambulanz, durch welche während der Untersuchungszeit auch die Männer hindurchgeführt werden mußten.

Die Installations- und Klosettanlagen, die ursprünglich für eine Kleinwohnung bestimmt waren, waren das Primitivste, das man sich vorstellen kann. Dasselbe galt von allen Nebenräumen.

An der Poliklinik der Tschechischen Universität, die ungefähr die gleiche Krankenfrequenz aufwies, hatte jede von den 7 Abteilungen mindestens einen, manchmal auch zwei und mehr besoldete Assistenten. Auch mit den sonstigen ärztlichen Hilfskräften war es an der deutschen Poliklinik schlecht bestellt. Ein so großer Betrieb, wie er an der Poliklinik herrschte, erforderte naturgemäß die Arbeit mehrerer bezahlter Hilfskräfte für Schreib- und Untersuchungsarbeiten (Untersuchungen von Harn, Blut, Auswurf, Stuhl, ferner Hilfsdienste

Externe Kortikosteroid - Medikation in Augennähe?

Ja, auch in Schleimhautnähe – und gerade dort – können Sie mit

CORTI-FLEXIOLE®

risikolos ekzematöse und allergisch-dermatitische Affektionen therapieren.

CORTI-FLEXIOLE ist eine echte Lösung von 0,4% (g/g) reinem, unverestertem Hydrocortison in einem völlig reizlosen öligen Medium. 0,2% (g/g) Chloramphenicol heugen einer Infektion entscheidend vor. 5.000 I.E. Vitamin A/g wirken epithelschützend, regenerieren das zerstörte Gewehe und erzeugen eine Korium-Hyperämie, weiche die Penetration von Hydrocortison fördert.

CORTI-FLEXIOLE ist aufgrund ihrer Zusammensetzung speziell zur Behandlung ekzematöser und allergisch-dermatitischer Affektionen an den Augenlidern, im Gesicht und an der Vulva hervorragend geeignet.

CORTI-FLEXIOLE hat sich außerdem hewährt hei der Behandlung suhakuter Ekzeme, also in der 2. Phase der klassischen Ekzemtherapie, zur Intervallhehandlung in der Teerphase sowie zur Nachhehandlung hei ahheilenden Neurodermitiden, Ekzemen und Psoriasis.
CORTI-FLEXIOLE ist mit den melsten Salhengrundlagen gut mischhar und deshalh auch zur Verwendung in der Rezeptur geeignet.

dr. mann · berlin

bei den physikalischen und anderen Heilmethoden). Die Poliklinik der Tschechischen Universität war auch in dieser Hinsicht mit ihren 6 besoldeten Demonstratoren besser gestellt als die Poliklinik der Deutschen Universität, die nur drei besoldete Demonstratoren besaß.

Die Poliklinik besaß keine Krankenbetten, wie dies sonst an den gleichen Instituten des Auslandes der Fall ist.

Die Poliklinik hatte eine stets zunehmende Frequenz von mindestens 15 000 neuen Fällen pro Jahr, was einer Gesamtzahl von etwa 100 000 Einzelordinationen entsprach" (nach Schenk).

Wenn im vorstehenden in kurzen Zügen der Aufbau und das Schicksal der einzelnen Institute und Kliniken aufgezeigt wurden, so darf bei der Erwähnung der anfangs und später noch bestehenden Mängel derselben nicht vergessen werden, daß gerade in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts die Medizin einen enormen Fortschritt verzeichnete, dem die gerade hier sich hemmend auswirkende Bürokratie bei der Schaffung oder Erweiterung von Neubauten nicht zu folgen imstande war. Um so größer ist aber die Bedeutung der unter so mißlichen Verhältnissen erreichten Erfolge bedeutender Wissenschaftler zu werten. (Fortsetzung folgt)

MITTEILUNGEN

Sammlung medizinhistorischer Gegenstände

Das „Nachrichtenblatt der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik e. V." brachte in seiner Nr. 29 vom Mai 1967 unter dem obigen Titel folgende Mitteilung:

„Im ‚Ärztebiatt Baden-Württemberg' war ein Aufruf an die Ärzteschaft erschienen, medizinhistorisch wertvolle Gegenstände dem Heidelberger Medizinhistorischen Institut als vorläufiger Sammelstelle zu übergeben. Dazu nahm der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaften und Technik Stellung [vgl. Nachrichtenblatt Nr. 28, S. 4 f*)]. Herr Schipperges teilt uns nun mit, daß der Aufruf als lokale baden-württembergische Angelegenheit gedacht war; er sei im ‚Bayerischen Ärzteblatt' ohne sein Wissen, wie auch ohne Wissen des Schriftleiters des ‚Ärzteblattes Baden-Württemberg', abgedruckt worden."

Zur Sache selbst muß festgestellt werden, daß es sich entgegen der Darstellung in der eingangs erwähnten Notiz keineswegs um eine „lokale" baden-württembergische Angelegenheit gehandelt hat, sonst wäre das Nachdruckersuchen im „Bayerischen Ärzteblatt" unverständlich gewesen.

Zu der zitierten Äußerung von Prof. Schipperges, kommentarlos im Nachrichtenblatt, Nr. 29/1965, abgedruckt, ist zu bemerken, daß das „Bayerische Ärzteblatt" weder nach dem Pressegesetz noch nach dem Urhebergesetz gehalten war, vor Abdruck der in Heft 1/1967 abgedruckten Notiz das Einverständnis mit Prof. Schipperges oder dem Schriftleiter des „Ärzteblattes für Baden-Württemberg" zu suchen, dies um so weniger, als der den Aufruf mitunterzeichnende Geschäftsführende Arzt der Ärztekammer Nord-Württemberg, wie in Heft 2/1967 des „Bayerischen Ärzteblattes" ausdrücklich erwähnt wurde, um Nachdruck des zitierten Aufrufes ersucht hatte.

Unterdessen hat das „Niedersächsische Ärzteblatt" in seiner Nr. 6/1967 folgendes mitgeteilt:

„Es ist beabsichtigt, eine vorläufige Magazinierung von medizinhistorischen Gegenständen vorzunehmen bzw. die bereits in Museen, Privatsammlungen usw. vorliegenden Materialien zu registrieren.

Die Sammlung soll sich auf folgende Gegenstände erstrecken:

a) Bibliotheksbestände (Handschriften, Drucke, Briefe, Nachschriften usw.).

b) Instrumentarien (chirurgische und gynäkologische Instrumente, Reiseapotheken und Reisebestecke sowie Lehrmaterialien verschiedener Art usw.).

*) Der Wortlaut der Stellungnahme des Vorstandes der D.G.f.G. d. Med.., . . ." in ihrem Nachrichtenblatt, Nr. 28, lautet:
„Nunmehr kommt der Vorsitzende zum Punkt „Sammlung medizinhistorischer Gegenstände". Im „Bayerischen Ärzteblatt" 1966, Heft 1, erschien ein Aufruf an die Ärzteschaft zur Stellung medizinhistorischer Gegenstände. Dieser Aufruf war vorher bereits im „Ärzteblatt für Baden-Württemberg" erschienen. Der Herausgeber dieses Blattes hatte das „Bayerische Ärzteblatt" um Nachdruck gebeten. Dieses war der Bitte nachgekommen. Der Aufruf hatte zum Ziel, alle medizinhistorisch wertvollen Gegenstände im Heidelberger medizinhistorischen Institut zu sammeln. Herr Dr. Koerting, München, wandte sich im „Bayerischen Ärzteblatt" 1966, Heft 2, gegen diesen Aufruf. In demselben Blatt veröffentlichte der Vorstand unserer Gesellschaft eine Stellungnahme; diese lautete:
Das „Bayerische Ärzteblatt" brachte in Nr. 1/1966, Seite 65, einen Aufruf zur Sammlung medizinhistorischer Gegenstände. Als vorläufige Sammelstelle soll das „Institut für Geschichte der Medizin an der Universität Heidelberg in Verbindung mit der Gesellschaft für Wissenschaftsgeschichte" dienen. Dieser Regelung, die nur der Abmachung eines kleinen Kreises entspricht, können wir nicht zustimmen. Wir halten es vielmehr für angebracht, Gegenstände von medizinhistorischem Interesse, insbesondere auch Bücher und Schriftstücke, die zur Verfügung stehen, dem nächstliegenden Universitätsinstitut für Geschichte der Medizin anzubieten. Die regionalen Sammlungen können später einmal, aber nur aufgrund einer allgemeinen Abmachung, an der die Institute für Geschichte der Medizin beteiligt sind, in einer zentralen Sammlung zusammengefaßt werden.
Der Vorsitzende bemerkt, daß das „Deutsche Ärzteblatt" es übrigens abgelehnt habe, den Heidelberger Aufruf zu veröffentlichen. Der Vorsitzende erwähnt in diesem Zusammenhang noch frühere Initiativen der Herren Goerke und Koerting."
Im selben Nachrichtenblatt ist noch folgende Bemerkung eingefügt:
„In der Angelegenheit des Medizinhistorischen Museums weist Herr Steudel darauf hin, daß bereits 1960 auf der Tagung in Lüneburg Herr Goerke zum Beauftragten der Gesellschaft in dieser Angelegenheit gewählt worden ist. Herr Goerke sei in der Frage auch wiederholt tätig gewesen. Der Vorstand hätte also in seiner Stellungnahme die Priorität der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik mehr betonen können."

c) Bildmaterialien (Ärztebilder, Erinnerungsmünzen, Votivbilder, Amulette usw.).

d) Sonstige Materialien aus Randgebieten oder Hinterlassenschaften von Ärzten.

Die Ärztekammer Niedersachsen folgt mit diesem Aufruf zur Sammlung medizinhistorischer Gegenstände einer Empfehlung des Vorstandes der Bundesärztekammer. Es ist hierzu von der Ärztekammer Niedersachsen, 3 Hannover, Sallstraße 16, eine Sammelstelle errichtet worden. Die Gegenstände werden dort erfaßt und gesammelt und später ggf. einer zentralen Sammelstelle zugeführt, wenn diese errichtet ist.

Alle Kolleginnen und Kollegen, die bereit sind, die Sammlung durch entsprechende Gegenstände zu bereichern, werden gebeten, sich an die Sammelstelle der Ärztekammer Niedersachsen zu wenden."

Dieser (regionale) Aufruf entspricht im wesentlichen der Aufforderung an die bayerischen Ärzte, die im „Bayerischen Ärzteblatt", 2/1967, abgedruckt worden war und gleichfalls regionalen vorläufigen Charakter hat.

Pyelonephritis

Preisgekrönter medizinischer Fortbildungsfilm in München erstaufgeführt

Vor rund 120 Zuschauern — vorwiegend Münchener Ärzten — wurde am 7. 7. 1967 im Künstlerhaus der neue medizinische Fortbildungsfilm von BOEHRINGER Mannheim „Pyelonephritis — Diagnostik und Therapie" erstaufgeführt. An dieser Erstaufführung sprach der Autor des Filmes, Dr. Dr. T. FUCHS von der II. Medizinischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten Mannheim, zu seinem Film.

Die Pyelonephritis ist die häufigste Erkrankung der Nieren, an der 5 bis 8% der Bevölkerung leiden. Es kam dem Autor des Filmes vor allem darauf an, einen umfassenden Überblick über die derzeitigen Möglichkeiten und aktuellen Probleme bei der Diagnose und Therapie der akuten und chronischen Pyelonephritis zu geben. Im Mittelpunkt des Filmes stehen deshalb auch die zahlreichen und differenzierten diagnostischen Verfahren, die zur Klärung des Krankheitsbildes notwendig sind.

Der Film „Pyelonephritis — Diagnostik und Therapie" hat anläßlich des 16. Deutschen Kongresses für ärztliche Fortbildung in Berlin eine bedeutende Auszeichnung erfahren. Als hervorragende didaktische Leistung auf dem Gebiet des medizinischen Filmes erhielt der Film den ersten Preis, eine Silberdose, des Senats der Stadt Berlin. Außerdem verlieh die Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V. Boehringer Mannheim den „Wandteppich-Wanderpreis", der in diesem Jahr zum ersten Male für den besten medizinsich-wissenschaftlichen Film ausgesetzt war. Der Preis hat insofern eine besondere Bedeutung, als sich jeder interessierte Besucher des Kongresses für ärztliche Fortbildung — also die Ärzteschaft selbst — an der Wahl des besten Filmes beteiligen konnte.

Anläßlich der Uraufführung in Berlin bezeichnete der Präsident der Bundesärztekammer, Professor Dr. E. FROMM, den Film als „hervorragende Demonstration des Verantwortungsgefühls" eines pharmazeutischen Unternehmens. Elf namhafte Fachleute haben an diesem Film mitgearbeitet. Die einzelnen Filmbeiträge kommen aus nicht weniger als neun Kliniken. Gestalter dieses neuen Filmes von Boehringer Mannheim, der seit der Uraufführung u. a. auch anläßlich des Deutschen Ärztetages in Garmisch-Partenkirchen mit großem Erfolg aufgeführt wurde, ist das Kamera-Team Eberhard FINGADO aus Mannheim. Die instruktiven Trickdarstellungen stammen von dem Mannheimer Thomas DODERER. Der Streifen steht ab sofort der Ärzteschaft für Fortbildungsveranstaltungen zur Verfügung.

Anfragen der Ärztlichen Kreisverbände in Bayern über Bayerische Landesärztekammer.

Stiftung für die I. Medizinische Universitätsklinik

Der frühere Mitinhaber des Warenhauskonzerns Hermann Tietz, Herr Martin TIETZ, der 1965 in München verstorben ist, hat der I. Medizinischen Klinik der Universität München testamentarisch eine Spende in Höhe von DM 500 000,— vermacht. Sie soll für medizinische Zwecke, insbesondere für die Krebsforschung verwendet werden. Die Spende wurde vom Testamentsvollstrecker Herrn Direktor J. B. MARSTALLER dem Direktor der I. Medizinischen Klinik, Herrn Professor Dr. H. SCHWIEGK, überreicht.

Herr Martin Tietz wollte mit diesem Vermächtnis nicht nur seine Verbundenheit mit seiner Geburtsstadt München ausdrücken, zu der ihn nach dem Kriege immer wieder sein Weg führte, sondern auch für die ärztliche Hilfe danken, die ihm während seiner langen Krankheit erwiesen wurde.

Die Universität München ist Herrn Martin Tietz für seine Großherzigkeit zutiefst verbunden. Die Spende wird im Sinne des Testaments verwendet werden und Forschungen ermöglichen, die ohne diese Hilfe nicht durchführbar wären.

Salistoperm
Das percutane Heilanaestheticum
Vegestigman
Das percutane Herz- und Gefäßregulans
PERMICUTAN-KG DR. EULER • MUNCHEN 13

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Juni 1967*)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Erkrankungen an Scharlach traten im Juni häufiger als im Mai auf, auf 100 000 Einwohner entfielen im Mai 64, im Juni 77 Fälle (auf ein Jahr umgerechnet). Unverändert selten waren im Berichtsmonat Fälle von Diphtherie, auch gab es keinen Fall von übertragbarer Kinderlähmung. Im ersten Halbjahr 1967 wurden somit insgesamt drei Erkrankungen an übertragbarer Kinderlähmung gemeldet. Etwas erhöht hat sich gegenüber dem Vormonat die Erkrankungshäufigkeit an übertragbarer Hirnhautentzündung.

Auch im Juni wurden nur wenige Fälle von Typhus und Paratyphus gemeldet, ebenso war die Zahl der Ruhrfälle gering. Die Zahl der Erkrankungen an Salmoneliose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) stieg dagegen von sechs Fällen im Mai auf 21 im Juni je 100 000 Einwohner an, zum großen Teil infolge von Gruppenerkrankungen in zwei unterfränkischen Gemeinden. Wie im Vormonat ging auch im Juni die Erkrankungshäufigkeit an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) leicht zurück.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 4. Juni bis 1. Juli 1967 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3			4		5		6		7		8		9		10		11	
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare Kinderlähmung			Übertragbare Hirnhautentzündung						Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa			
					der. paral. Fälle			Meningokokken Meningitis		übrige Formen		Gehirnentzündung								Salmoneliose		übrige Formen	
	E[1])	ST[2])	E	ST	E		ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	—	—	191	—	—	—	—	7	2	17	—	—	—	1	1	1	—	13	—	29	—	1	—
Niederbayern	—	—	34	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	7	—	3	—
Oberpfalz	—	—	52	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	21	—	—	—
Oberfranken	1	—	59	—	—	—	—	2	1	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
Mittelfranken	1	—	127	—	—	—	—	6	1	4	1	1	1	3	—	—	—	1	—	5	—	—	—
Unterfranken	—	—	47	—	—	—	—	2	—	11	—	1	—	1	—	—	—	1	—	80	1	1	—
Schwaben	1	—	93	—	—	—	—	2	2	11	—	—	—	2	—	2	—	—	—	17	—	—	—
Bayern	3	—	603	—	—	—	—	27	6	47	1	2	1	7	1	5	—	16	—	161	1	5	—
München	—	—	92	—	—	—	—	1	1	8	—	—	—	—	—	—	—	5	—	11	—	—	—
Nürnberg	1	—	48	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Augsburg	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	—	—	—
Würzburg	—	—	9	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20	
	Botulismus		Hepatitis infectiosa		Milzbrand		Ornithose (übrige Formen)		Verdachtsfälle von Tollwut[3])		Q-Fieber		Toxoplasmose		Trachom		Wundstarrkrampf	
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	—	—	77	—	—	—	—	—	17	—	2	—	4	—	—	—	—	—
Niederbayern	—	—	62	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Oberpfalz	—	—	17	—	1	—	—	—	29	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Oberfranken	—	—	16	—	—	—	2	—	14	—	—	—	2	—	—	—	—	—
Mittelfranken	—	—	30	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Unterfranken	1	—	35	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Schwaben	—	—	22	—	—	—	—	—	43	—	—	—	—	—	1	—	1	—
Bayern	1	—	259	—	2	—	2	—	113	—	2	—	7	—	1	—	2	—
München	—	—	39	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	14	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	5	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	7	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.
1) „E" = Erkrankungen (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.

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

4. Internationaler Fortbildungskurs für junge Militärärzte

vom 22. bis 31. August 1967 in München

Das „Comité International de Médecine et de Pharmacie Militaires", dem 82 Staaten aus Ost und West angehören, veranstaltet vom 22. bis 31. August 1967 an der Akademie des Sanitäts- und Gesundheitswesens der Bundeswehr in München den 4. Internationalen Fortbildungskurs für junge Militärärzte. Aus diesen Mitgliedsländern werden rund 100 ausländische Sanitätsoffiziere teilnehmen.

Die offiziellen Veranstaltungen sind für Freitag, den 25. August 1967, 9.30 bis 15.00 Uhr, vorgesehen. Hierbei werden u. a. der Bundesminister der Verteidigung, Dr. Gerhard Schröder, Dr. L. Kaprlo als Vertreter der Weltgesundheitsorganisation, H. J. de Preux als Vertreter des Internationalen Roten Kreuzes und Generalarzt Voncken als Generalsekretär des „Comité International" sprechen.

Auskunft: Oberfeldarzt Dr. Pollak, Akademie des Sanitäts- und Gesundheitswesens der Bundeswehr, 8000 München 13, Schwere-Reiter-Straße 4.

Herbsttagung der Bayerischen Röntgengesellschaft

am 4. und 5. November 1967 in München

Die Herbsttagung der Bayerischen Röntgengesellschaft findet am 4./5. November 1967 in München statt.

Hauptthemen: Röntgenuntersuchung des Kehlkopfes, Angiographie von Uterus und Ovarien, Behandlung des Larynx-Karzinoms, gegenwärtiger Stand der Therapie mit radioaktiven Isotopen, Neutronenstrahlung in der Medizin.

Auskunft: Prof. Dr. H. Anacker, Strahlenabteilung des Krankenhauses rechts der Isar, 8000 München 8, Ismaninger Straße 22.

arthrosenex®

hat

seine Schuldigkeit getan*

Der Patient kann wieder gehen

*

Arthrosenex beseitigt Spannungsschmerzen hemmt die Progredienz des Gelenkverschleißes durch Normalisierung des gestörten Stoffwechsels im arthrotischen Gelenkknorpel

BRENNER

Georg A. Brenner Arzneimittel-Fabrik GmbH
Alpirsbach/Schwarzwald

B-Kurs für Arbeitsmedizin

Weiterbildung für die Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin"

Veranstaltet vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge, gemeinsam mit der Bayerischen Landesärztekammer, vom 25. Sept. bis 20. Okt. 1967, im Hause des Arbeitsschutzes, 8 München 22, Pfarrstraße 3.

Montag, 25. September 1967
9.00—9.45 Uhr
Prof. Dr. W. Müller-Limmroth, Lehrstuhl und Institut für Arbeitsphysiologie der Technischen Hochschule München
„Lärm und Leistung"
10.00—10.45 Uhr
Prof. Dr. H. R. Lückert, Pädagogische Hochschule der Universität München
„Umgang mit Jugendlichen (Wege zur Leistungssteigerung)"
11.00—11.45 Uhr
Prof. Dr. Dr. H. Eyer, Direktor des Max-von-Pettenkofer-Institutes für Hygiene und Mikrobiologie der Universität München
„Allgemeine Betriebshygiene"
Abfahrt 13.30 Uhr, REEMTSMA Zigarettenfabrik, München 25, Fallstraße 40

Dienstag und Mittwoch, 26./27. September 1967
Besichtigung arbeitsmedizinisch bedeutsamer Dienstposten im Bereich der Luftwaffe und Bundesmarine. Sonderprogramm auf Anforderung (Zulassung nur für Teilnehmer am Gesamtkurs. Übernachtung in Kiel).

Donnerstag, 28. September 1967
9.00—9.45 Uhr
Prof. Dr. Dr. H. Schober, Vorstand des Institutes für Medizinische Optik der Universität München
„Beleuchtungsfragen am Arbeitsplatz"
10.00—10.45 Uhr
Prof. Dr. Dr. H. Schober, München
„Beleuchtungsfragen am Arbeitsplatz"
11.00—11.45 Uhr
Dr. A. Thiess, Leitender Werksarzt der BASF Ludwigshafen
„Reizgase"
Abfahrt 12.00 Uhr, ESSO AG RAFFINERIE Ingoistadt (Mittagessen in Ingoistadt)

Freitag, 29. September 1967
9.00—9.45 Uhr
Privatdozent Dr. H. Mehnert, Medizinische Poliklinik der Universität München und II. Medizinische Abteilung des Krankenhauses München-Schwabing
„Diabetes-Probleme am Arbeitsplatz"
10.00—10.45 Uhr
Prof. Dr. H.-G. Schmidt, Dozent für Arbeitssicherheit und Arbeitsmedizin an der Technischen Hochschule Berlin, Betriebsarzt der Siemens AG
„Arbeitsbewertung"
11.00—11.45 Uhr
Prof. Dr. H.-G. Schmidt, Berlin
„Arbeitsbewertung"

Montag, 2. Oktober 1967
9.00—9.45 Uhr
Prof. Dr. F. Fürstenberg, I. Institut für Soziologie der Hochschule für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften Linz/Donau
„Betriebssoziologische Fragen"
10.00—10.45 Uhr
Prof. Dr. F. Fürstenberg, Linz/Donau
„Betriebssozioiogische Fragen"
11.00—11.45 Uhr
Prof. Dr. H. Vaientin, Direktor des Institutes für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Erlangen-Nürnberg
„Rehabilitation nach Herzinfarkt"
Abfahrt 13.30 Uhr, LINDE AG, Techn. Gase — Schweißtechnik, Lohhof, Carl-von-Linde-Straße

Dienstag, 3. Oktober 1967
9.00—9.45 Uhr
Dr. H. Wittgens, Arbeitsschutzarzt der Deutschen Bundesbahn, Bundesbahnsozialamt Frankfurt/Main
„Gesundheitliche Gefährdung bei Schweißarbeiten"
10.00—10.45 Uhr
Dr. R. Winkler, Werksarzt der Wacker-Chemie GmbH
„Erkrankungen durch Halogenkohlenwasserstoffe und ihre Abkömmlinge"
11.00—11.45 Uhr
Reg.-Gew.-Dir. Dipl.-Chem. Dr. phil. O. Lang, Leiter des Bayerischen Landesinstitutes für Arbeitsschutz
„Lüftung und Absaugung im Industriebetrieb"
Abfahrt 13.45 Uhr, LÖWENBRAUEREI AG, München, Nymphenburger Straße 4

Mittwoch, 4. Oktober 1967
Abfahrt 8.00 Uhr, Eisenwerk Gebr. FRISCH KG, Kissing bei Augsburg. Beginn 14 Uhr: AUGUST WESSELS Schuhfabrik GmbH, Augsburg

Donnerstag, 5. Oktober 1967
9.00—9.45 Uhr
Prof. Dr. H. Schmidtke, Leiter des Institutes für Ergonomie, Inhaber des Lehrstuhles für Arbeitspsychologie und Arbeitspädagogik der Technischen Hochschule München
„Klima und Leistung"
10.00—10.45 Uhr
Prof. Dr. W. Müller-Limmroth, München
„Ermüdung in arbeitsphysiologischer Sicht"
11.00—11.45 Uhr
Dr. med. A. Kirn, Werksärztlicher Dienst und arbeitsphysiologische Forschungsstelle der Robert Bosch GmbH Stuttgart
„Arbeitsplatz und Konstitution"
Abfahrt 13.45 Uhr, ZENTRALSTELLWERK der Deutschen Bundesbahn München, Hauptbahnhof

Freitag, 6. Oktober 1967
9.00—9.45 Uhr
Prof. Dr. H. Schmidtke, München
„Methodik der eignungsdiagnostischen Normenfindung"
10.00—10.45 Uhr
ORMR Dr. med. M. Acker, Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsmedizin München
„Berufsschäden der Haut aus physikalischer Ursache"

Dismenol
zur gezielten Therapie der Dysmenorrhoe
durch Spasmolyse im Genitaltrakt und zuverlässige Analgesie
(Parasulfamidobenzoesäure 0,05 g Dimethylamino-phenyldimethylpyraz. 0,25 g)
AGpharm, Luzern
Hersteller in Deutschland:
Simons Chemische Fabrik, Gauting bei München

11.00—11.45 Uhr
Reg.-Med.-Dir. Dr. G. Scheld, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge München
„Der ärztliche Sachverständige im Rentenverfahren"

Montag, 9. Oktober 1967

9.00—9.45 Uhr
Reg.-Gew.-Med.-Dir. Dr. W. Reinl, Der Staatliche Gewerbearzt für den Aufsichtsbezirk Nordrhein, Düsseldorf
„Erkrankungen an Lungenfibrose durch Metallstaub bei der Herstellung oder Verarbeitnng von Hartmetallen"

10.00—10.45 Uhr
Med.-Dir. Dr. J. F. Scholz, Leitender Arzt des Landesarbeitsamtes Baden-Württemberg, Stuttgart
„Die Wandlung typischer Berufsbilder und ihre arbeitsmedizinische Bedeutung"

11.00—11.45 Uhr
Prof. Dr. H. Oettel, Leiter des Gewerbehygienisch-pharmakologischen Institutes der BASF Ludwigshafen
„Mißbrauch von Alkohol und Medikamenten im Betrieb"

Abfahrt 13.00 Uhr, Firma Südd. Asbest- und Packungsfabrik W. E. HUTH, Percha bei Starnberg
Beginn 15.00 Uhr: Feodor BURGMANN, Asbest- und Packungswerk, Wolfratshausen/Obb.

Dienstag, 10. Oktober 1967

9.00—9.45 Uhr
Prof. Dr. H. Oettel, Ludwigshafen
„Arbeitsmedizinische Probleme bei der Herstellung und Anwendung von Kunststoffen"

10.00—10.45 Uhr
Prof. Dr. H. Oettel, Ludwigshafen
„Arbeitsmedizinische Probleme bei der Herstellung und Anwendung von Kunststoffen"

11.00—11.45 Uhr
Dr. H. J. Florlan, Verband Deutscher Werksärzte e. V., Betriebsarzt der Siemens AG München
„Werksärztliche Gesichtspunkte bei der Entsendung von Mitarbeitern In das Ausland"

Abfahrt 13.30 Uhr, LOUISODER AG, Münchener Spezial-Mantelfabrik, München 90, Deisenhofener Straße 28

Mittwoch, 11. Oktober 1967

Abfahrt 8 Uhr, VEREINIGTE ALUMINIUM-WERKE Aktiengesellschaft, Werk Töglng

Beginn 14.30 Uhr: SÜDDEUTSCHE KALKSTICKSTOFF-WERKE Aktiengesellschaft, Trostberg/Obb.

Donnerstag, 12. Oktober 1967

9.00—9.45 Uhr
Dr. H. Wehrheim, Leitender Werksarzt der Degussa, Frankfurt/Main
„Erkrankungen durch Fluor und seine Verbindungen und Erkrankungen durch Beryllium und seine Verbindungen"

10.00—10.45 Uhr
Ministerialrat a. D. Dr. med. habil. E. Lederer, München
„Rückblick auf überwundene und gewandelte Berufskrankheiten"

11.00—11.45 Uhr
Prof. Dr. D. Janz, Nervenklinik der Unlversität Heidelberg
„Anfall-Leiden und Berufsarbeit"

Abfahrt 13.30 Uhr, ALKOR-WERK, Karl Lissmann KG, Plastlcfolien, München-Solln, Morgensternstraße 9

Freitag, 13. Oktober 1967

9.00—9.45 Uhr
RMR Dr. G. Hall, Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsmedizin München
„Gesundheitsschäden dnrch Benzol und seine Homologen"

10.00—10.45 Uhr
Dr. H. Schiller, Leiter der Ärztlichen Abteilung der Daimler Benz AG Stuttgart-Untertürkheim
„Die körperliche Belastbarkeit nach Arbeitsunfällen"

11.00—11.45 Uhr
Bundesbahnoberrat Dr. phil. E. Henkel, Bundesbahnsozialamt — Dienstsitz München —
„Psychologische Elgnungsuntersuchungen bei der Bundesbahn"

Montag, 16. Oktober 1967

9.00—9.45 Uhr
Reg.-Med.-Dir. Dr. H. Schneider, Leiter des Bayerischen Landesinstitutes für Arbeitsmedizin München
„Ungewöhnliche Staublungenerkrankungen"

10.00—10.45 Uhr
Med.-Ob.-Rat Dr. J. F. Kurz, Arbeitsamt München
„Die Beurteilung des Leistungsvermögens für die Arbeitsvermittlung"

11.00—11.45 Uhr
Dozent Dr. med. habil. A. von der Heydt, Kassel
„Erkrankungen durch Schwefelkohlenstoff und Schwefelwasserstoff"

Abfahrt 13.30 Uhr, MAN-Turbo GmbH, München-Allach, Dachauer Straße (Teilnahme nur nach Anmeldung im Sekretarlat bls zum 10. 10. möglich)

Dienstag, 17. Oktober 1967

9.00—9.45 Uhr
Reg.-Chemierat Dr. rer. nat. L. Winter, Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsmedizin München
„Chemische Nachweismethoden in der Arbeitsmedizin"
(mit Demonstrationen)

hypolind®
Antihypotonicum – Kreislaufanalepticum
Norfenefrin
Extr. Convallariae
Extr. Crataegi
Extr. Sarothamni
Extr. Strychni
Camphora
Herz- und Kreislaufpräparate
für die tägliche Praxis
Zunahme der Wandspannung der arteriellen und venösen Gefäße bei gleichzeitiger Verbesserung der peripheren Versorgung. Mobilisierung der Blutdepots; Zunahme des diastolischen Angebotes, Verbesserung der systolischen Förderleistung. Stabilisierung des Blutdrucks. Der Patient fühlt sich wohler und leistungsfähiger.
50/100 Dragées
LINDOPHARM
Lindopharm KG Hilden Rhld

10.00—10.45 Uhr
Oberstabsarzt Dr. J. Franz, Bundesministerium der Verteidigung, Bonn
„Arbeitsmedizinische Aufgaben der Truppenärzte in der Bundeswehr"

11.00—11.45 Uhr
Dr. med. H. Petry, Werksarzt der Städtischen Werke Nürnberg
„Möglichkeiten der Vorsorgeuntersuchungen in der werksärztlichen Praxis"

Abfahrt 13.30 Uhr, OBPACHER AG, Großdruckerei, Verpackungswerk, Verlagsanstalt, München, Hofmannstraße 7

Mittwoch, 18. Oktober 1967

Abfahrt 8 Uhr, Kaufbeuren-Neugablonz, Südbayerische Sudetenglashütten GmbH, Johann Schöffel & Sohn, Schmuckstein-Fabrikation

Beginn 14.00 Uhr: Gustav Eistner, Lusterbehang, Glas- und Schmuckwaren, Fritz Kraus oHG, Feuerpolierer, R. Reber und Sohn, Tafelschleiferei

Donnerstag, 19. Oktober 1967

9.00—9.45 Uhr
Prof. Dr. Dr. S. Borelli, Dermatologische Klinik und Poliklinik der Universität München
„Akzentverschiebungen dermatologischer Berufsnoxen während der letzten 30 Jahre"

10.00—10.45 Uhr
Reg.-Gew.-Dir. Dipl.-Ing. L. Kreher, Leiter des Gewerbeaufsichtsamtes Augsburg
„Aus der Praxis der Gewerbeaufsicht"

11.00—11.45 Uhr
Prof. Dr. S. Rosegger, Leiter des Institutes für Schlepperforschung der Forschungsanstalt für Landwirtschaft, Braunschweig-Völkenrode
„Vorzeitige Abnutzungsschäden der Wirbelsäule durch Erschütterung beim Schlepperfahren"

Abfahrt 13.30 Uhr, Druckgußwerk A. MÖSSNER, Leicht- und Schwermetall, München 56, Unterbiberger Straße 37

Freitag, 20. Oktober 1967

9.00—9.45 Uhr
Gew.-Med.-Ob.-Rätin Dr. J. Reinhardt, Niedersächsisches Landesverwaltungsamt — Arbeitsmedizin und Gewerbehygiene — Hannover
„Ärztliche Erfahrungen bei der Durchführung des Jugendarbeitsschutzgesetzes"

10.00—10.45 Uhr
Dr. H. J. Fiorian, München
„Arbeitsmedizinische Erfahrungen beim Einsatz von Arbeitskräften in Übersee"

11.00—11.45 Uhr
ORMR Dr. G. Bühimeyer, Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsmedizin München
„Erkrankungen der Caissonarbeiter und Taucher durch Druckfall"

Kursgebühr wird nicht erhoben.

Vortragsveranstaltungen können auch einzeln besucht werden. Eine Bescheinigung über Teilnahme am Kurs wird jedoch nur bei Teilnahme am Gesamtprogramm ausgehändigt.

Für die Betriebsbesichtigungen können in der Regel nur Teilnehmer am Gesamtprogramm zugelassen werden. Bei Betriebsbesichtigungen sowie bei Fahrten dorthin wird für Unfälle und sonstige Schäden nicht gehaftet. Es empfiehlt sich, frühzeitige Anmeldung bei der Kursleitung und Quartierbestellung beim Fremdenverkehrsamt der Landeshauptstadt München, 8000 München 2, Bahnhofsplatz 2, Telefon 55 58 81, vorzunehmen.

Auskunft: Münchener Kurse für Arbeits- und Sozialmedizin — Haus des Arbeitsschutzes —, 8000 München 22, Pfarrstraße 3, Telefon 2 18 41

IDEALE PRAXISRÄUME FÜR FREISCHAFFENDE BERUFE

Das Ärztehaus

im neuen Einkaufs- und Verwaltungszentrum „Neuer Platz", Erlangen, Nürnberger Straße/Ecke Beethovenstraße

Im neuen Zentrum der Stadt Erlangen mit Rathaus, Stadthalle und Ladenzentrum werden zwei fünfgeschassige Verwaltungsgebäude errichtet von insgesamt 3 200 qm Bürafläche. Die einzelnen Etagen von je ca. 320 qm können nach Wunsch unterteilt werden.

Möglich ist:
1. ein Kaufvertrag
2. ein Mietvertrag mit Ankaufsrecht
3. ein mittel- bis langfristiger Mietvertrag

Interessenten wenden sich bitte direkt an den Bauherrn:

Leasing Gesellschaft für Vermietungsprojekte mbH, 6500 Mainz, Postfach 393, Tel. 8 24 41

Benzoderm®

die
Mykosetherapie
die Hand
und Fuß hat

bei
Dermatomykosen
Dermatosen, Ekzemen

Benzoderm®

Benzoderm-Lösung	20 ml
Benzoderm-Lösung	50 ml
Benzoderm-Lösung	100 ml
Benzoderm-Puder	70 ml
Benzoderm-Salbe	20 ml
Benzoderm-Salbe	50 ml
Benzoderm-H-Salbe	20 ml
Benzoderm-Creme	20 ml
Benzoderm-Seife	100 g
Benzoderm-S-Puder (Antihidrotikum)	70 ml

Arzneimittelfabrik Hüls Dr. Albin Hense 4153 Hüls

40. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

29. September bis 1. Oktober 1967 — Thema: „Diagnostisch-therapeutische Stiefkinder der ärztlichen Praxis"
Leitung: Professor Dr. A. Schretzenmayr, Augsburg

Kongreßort: Neuer Großbau der National Registrier Kassen Augsburg, Augsburg, Ulmer Straße 160 a, Eingang vom Parkplatz (Lippschützstraße), Straßenbahnlinie 2, Endstation Kriegshaber

Freitag, 29. September 1967

16.00 Uhr:

Klinische Visiten und Demonstrationen auf den Stationen des Westkrankenhauses, Langemarckstraße, Straßenbahnlinie 2, Haltestelle Heimgarten

Filmprogramm

20.00 Uhr:

Filmabend im Vortragssaal der National Registrier Kassen Augsburg, Ulmer Straße 160 a
„Pyelonephritis" — Diagnostik und Therapie (BOEHRINGER, Mannheim)
„Koronarerkrankungen und Fettstoffwechsel" (RHEIN-PHARMA, Heidelberg)
„Diabetes — was nun?" (Farbenfabriken BAYER)
„Segment-Probleme" (BIKA, Stuttgart)

Hauptreferate

Samstag, 30. September 1967

8.00—9.00 Uhr:

Besuch der Ausstellung

9.00—10.50 Uhr:

Klinische Pathologie:
Prof. Dr. E. Uehlinger,
Direktor des Pathologischen Instituts der Universität Zürich
„Die diagnostisch therapeutischen Stiefkinder aus der Sicht des Pathologen"

Orthopädie:
Prof. Dr. H. Cotta,
Direktor der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg
„Der Wert der Frühdiagnose bei Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates"

Kardiologie:
Prof. Dr. E. Wollheim,
Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Würzburg
„Diagnostik und Therapie der Karditis"

10.50—11.20 Uhr: Pause (Besuch der Ausstellung)

11.20—12.20 Uhr:

Klinische Mikrobiologie:
Prof. Dr. H. Seeliger und Priv.-Doz. Dr. Dr. F. Staib,
Institut für Hygiene und Mikrobiologie der Universität Würzburg
„Klinische Mykologie und Mykosediagnostik"

Diabetologie:
Prof. Dr. Pl. Petrides,
Chefarzt der Inneren Abteilung des Bethesda-Krankenhauses, Duisburg
„Diabetes-Früherkennung und Behandlung"

12.20—14.00 Uhr: Mittagspause (Besuch der Ausstellung)

14.00—15.15 Uhr:

Podiumgespräch:

„Diagnostische Lieblingskinder der Praxis"

Chefarzt Dr. Schmidt-Voigt, Eppstein/Taunus
„Myokardschaden"

Dr. med. habil. Volkheimer, Berlin
„Gastritis-Diagnose"

Prof. Dr. H. Cotta, Heidelberg
„Bandscheibe"

15.30—17.00 Uhr:

Klinische Visiten und Demonstrationen in den Augsburger Krankenhäusern

Sonntag, 1. Oktober 1967

8.00—9.00 Uhr:

Besuch der Ausstellung

9.00—10.30 Uhr:

Klinische Immunologie:
Prof. Dr. H. G. Lasch,
Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Gießen
„Physiologie und Pathophysiologie intravasaler Gerinnungsvorgänge"

Priv.-Doz. Dr. G. L. Haberland,
Farbenfabriken BAYER, Leverkusen
„Enzyminhibitoren und Blutgerinnung"

Infektionskrankheiten:
Prof. Dr. A. Raybaud,
Direktor der Medizinischen Fakultät, Marseille/Frankreich
„La Fièvre intraissable chez l'enfant"

10.30—11.00 Uhr: Pause (Besuch der Ausstellung)

11.00—12.30 Uhr:

Chirurgie:
Prof. Dr. L. Zukschwerdt,
Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik Hamburg
„Fehldiagnose in der Chirurgie"

Neurochirurgie:
Prof. Dr. T. Riechert,
Direktor der Neurochirurgischen Klinik der Universität Freiburg/Br.
„Die operative Therapie der Bewegungsstörungen einschließlich der stereotaktischen Metboden"

Psychiatrie:
Prof. Dr. P. Kielholz,
Direktor der psychiatrischen Universitätsklinik Basel
„Schlafstörungen"

Liquirit®
MAGENTABLETTEN
zur souveränen Therapie bei Ulcus ventriculi und duodeni, akuter und chronischer Gastritis, Hyperacidität und nervösen Magenbeschwerden.
Dr. Graf & Co. Nchf. - Hamburg - seit 1889

12.30—14.00 Uhr:

Mittagspause

(Besuch der Ausstellung)

14.00—15.30 Uhr:

Gynäkologie:
Prof. Dr. J. Zander und Dr. K. Holzmann, Universitäts-Frauenklinik, Heidelberg
„Hormonbestimmungen in der Gynäkologie, ihre Bedeutung in der Praxis"

Endokrinologie:
Prof. Dr. K. Schwarz,
Oberarzt der II. Medizinischen Klinik der Universität München
„Diagnostik und Therapie der Schilddrüsenkrankheiten"

Gastroenterologie:
Dr. med. habil. G. Volkheimer,
Facharzt für Magen-, Darm-. und Stoffwechselkrankheiten, Berlin
„Dünndarm — terra incognita"

Parallelveranstaltung:

Immunologisches Symposion

Hörsaal 5. Stock des Kongreßgebäudes

Samstag, 30. September 1967

9.00—12.00 Uhr:

„Erythroblastose-Seminar und Demonstration": Einführung, Routine-Methoden und Technik zur Diagnostik der klassischen Rhesus-Erythroblastose

Seminarleiter: Chefarzt Dr. Gathof, Wiesentheid

12.00—12.30 Uhr:

„Immunologische Probleme der Gerinnungsstörungen"

Professor, Dr. Lasch, Gießen

15.30—17.00 Uhr:

Seminar mit praktischen Übungen: **„Erkennung und Behandlung von Blutgerinnungsstörungen"**

Oberarzt Dr. Furthmüller, Augsburg

Sonntag, 1. Oktober 1967

9.00—11.00 Uhr:

Seminar und Demonstration: **„Spezielle diagnostische Verfahren bei Morbus haemolyticus neonatorum, besonders zur Klärung einer ABO-Erytbroblastose"**

Chefarzt Dr. Gathof, Wiesentheid

11.00—13.00 Uhr:

Fortsetzung Seminar **„Blutgerinnungsstörungen"**

Oberarzt Dr. Furthmüller, Augsburg

In den Pausen sowie vor und nach den Seminaren und Vorträgen Demonstrationen der Firmen im Vorraum des Saales im 5. Stock: Blutgruppen- und Rh-Bestimmung, Antikörpersuchtest, Antikörperdifferenzierung, Titerbestimmung und Kreuzprobe, Blutgruppentest auf Karten.

Weiterhin Demonstrationen der Routineverfahren zur Klärung von Blutgerinnungsstörungen im Praxislaboratorium.

Anfragen und Anmeldungen: Sekretariat des „Augsburger Fortbildungskongresses für praktische Medizin", 8900 Augsburg, Schaezlerstraße 19, Telefon 2 27 77

Blutgruppenkurs

vom 2. bis 6. Oktober 1967

jeweils 9 bis 12 Uhr und 14 bis 17 Uhr in den Räumen des Blutspendedienstes des Bayerischen Roten Kreuzes in Augsburg, Auf dem Kreuz 23. — Anmeldungen für diesen Kurs sind an den Blutspendedienst des Bayerischen Roten Kreuzes, 8714 Wiesentheid, zu richten.

5. Fortbildungstagung der „Ärztlichen Fortbildung im Chiemgau" gemeinsam mit der Salzburger Ärzte-Gesellschaft e. V.

vom 7. bis 8. Oktober 1967 in Bad Reichenhall

Tagungsort: Bad Reichenhall, Kurhaus

Themen: **Diabetes — Hypertonie — Pyelonephritis**

Wissenschaftliche Leitung:
Professor Dr. med. habil. W. Hirsch

Samstag, 7. Oktober 1967, 8.30 Uhr:

1. Priv.-Doz. Dr. Mehnert, München:
   „Bedeutung der Frühdiagnosen bei Diabetes mellitus"
   Anschließend Tonbildschau: Diabetes
   (Priv.-Doz. Dr. Mehnert)
2. Prof. Dr. Müting, Homburg/Saar:
   „Lebererkrankungen bei Diabetes mellitus"
3. Priv.-Doz. Dr. Otto, Münster:
   „Aktuelle Probleme in der diätetischen Behandlung des Diabetikers"
4. Prof. Dr. Losse, Münster:
   „Hypertonie — Diagnostik und Therapie"
5. Prof. Dr. Linzenmeier, Essen:
   „Bakteriologische Probleme in der Praxis und Resistenzsituation, GRIES'sche Probe"
6. Prof. Dr. Schirrmeister, Freiburg:
   „Klinik der Pyelonephritis"
7. Prof. Dr. Götz, München:
   „Die Pyelonephritis im Kindesalter"
8. Dozent Dr. Hasehek und Dr. Porparczyk, Wien:
   „Die Langzeittherapie der Pyelonephritis"
   Diskussionsbeitrag zu diesem Thema:
   Dr. H. Pum, Wien: **„Reflux und Pyelonephritis"**
9. Oberarzt Dr. Kuhlmann, München:
   „Die peritoneale Dialyse bei Nierenversagen"
   Film der Fa. BOEHRINGER, Mannheim:
   „Die Pyelonephritis"

Sonntag, 8. Oktober 1967, 10.00 Uhr:

Diskussion zu den Themen Diabetes mellitus — Hypertonie — Pyelonephritis. Wie in den Vorjahren, sollen die Diskussionen mit allen Referenten unter Leitung von Med.-Dir. Chefarzt Dr. Schmidt, Bad Reichenhall, im Sanatorium Trausnitz abgehalten werden.

Auskunft: Dr. med. H. Matusczyk, Sekretär der „Ärztlichen Fortbildung im Chiemgau", 8210 Prien am Chiemsee, Kneippkurhotel „Kronprinz", Telefon (0 80 51) 4 82
Programme können über das Sekretariat angefordert werden.

KONGRESSREISEN

Die Pressestelle der Bayerischen Ärzteschaft bietet in Zusammenarbeit mit dem Amtlichen Bayerischen Reisebüro (ABR), 8000 München 2, Promenadeplatz 12/I, Tel. 5 90 43 02, die nachstehenden Studien- und Kongreßreisen an. (Auskunft und Anmeldungen ausschließlich beim ABR.)

Kongreß-/Studienreise für Fachärzte der Orthopädie mit Besuch des VII. Kongresses des Internationalen Kollegiums für Podologie in Montreal vom 13. bis 29. September 1967

Kongreß-/Studienreise für Kardiologen vom 7. bis 22. Oktober 1967 New York - Washington - Rochester - Chicago - San Francisco

Kongreßreise zum VI. Europäischen Kongreß für Rheumatologie vom 8. bis 13. Oktober 1967 in Lissabon

Kongreßreise zum VI. Internationalen Kongreß für Allergologie vom 5. bis 11. November 1967 in Montreal

Das ausführliche Programm ist in Heft 7/1967 des „Bayerischen Ärzteblattes" veröffentlicht.

KONGRESSKALENDER

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 1967:

1.—2. 9. **in Wien: Symposion über „Klebestoffe in der Chirurgie."** Auskunft: Wiener Medizinische Akademie, Kongreßbüro, A-1090 Wien, Alserstraße 4.

3.—9. 9. **in Karlsruhe: 19. Deutsche Therapiewoche und 19. Deutsche Heilmittelausstellung.** Auskunft: Dr. P. Hoffmann, 7500 Karlsruhe, Kaiserallee 30 (Wissenschaftliches Kongreßbüro).

3.—9. 9. **in Wien: 22. Kongreß der Société Internationale de Chirurgie.** Auskunft: Wiener Medizinische Akademie, Kongreßbüro, A-1090 Wien, Alserstraße 4.

4.—8. 9. **in Nürnberg: Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin.** Auskunft: Dr. A. Hermann, 8000 München 22, Museumsinsel 1.

4.—16. 9. **in Pörtschach/Wörther See: 16. Internationales Fortbildungsseminar für die tägliche Praxis.** Auskunft: Dr. G. Blume, 6530 Bingen/Rh., Mainzer Straße 3.

9.—8. 9. **in Karlsruhe: Das Elektrische Herz-Portrait (EKG-Feindiagnostik, Physikalische Grundlagen, Systematik der klinisch-diagnostischen und therapeutischen Bedeutung).** Auskunft: Dr. Dr. Kienle, Herzinstitut, 7500 Karlsruhe, Hertzstraße 16.

6.—9. 9. **in Kiel: 46. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche und soziale Medizin.** Auskunft: Prof. Dr. Dr. h. c. W. Hallermann, 2300 Kiel, Hospitalstraße 17/19.

7.—8. 9. **in Berlin: Symposion über klinische und physiologisch-chemische Probleme der Vitamine A, E und K.** Auskunft: Priv.-Doz. Dr. K.-U. Blum, 1000 Berlin 19, Spandauer Damm 130.

7.—8. 9. **in Konstanz: Dreiländer-Arbeitstagung der Österreichischen Gesellschaft für Ernährung, der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährungsforschung und der Deutschen Gesellschaft für Ernährung.** Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Ernährung, 6000 Frankfurt, Feldbergstraße 28.

7.—9. 9. **in Bad Salzungen: Jahrestagung der Gesellschaft für Allergie- und Immunitätsforschung.** Auskunft: Prof. Dr. Kleinsorge, Med. Klinik des Bezirkskrankenhauses, X 27 Schwerin.

10.—14. 9. **in Athen: Tagung der Europäischen Vereinigung der Internationalen Gesellschaft für Hämatologie.** Auskunft: Prof. Dr. A. Gouttas, Herodotou 9, Athen 139.

10.—17. 9. **in Madrid: XXI. Generalversammlung des Weltärztebundes.** Auskunft: General Secretariat of The World Medical Association, Inc., 10 Columbus Circle, New York, N. Y. 10 019.

10.—24. 9. **in Velden/Wörther See: Internationaler Herbstkongreß für Ganzheitsmedizin und Naturheilverfahren.** Auskunft: Dr. G. Glowatzki, Bundesverband Deutscher Ärzte für Naturheilverfahren e. V., 8000 München 2, Richard-Wagner-Straße 10.

11.—16. 9. **in Barcelona: 6. Internationaler Kongreß über Angiologie.** Auskunft: Dr. V. Salleras, Muntaner 416, Barcelona 9.

11.—19. 9. **in Westerland/Sylt: 27. Ärztliches Seminar für Meeresheilkunde.** Auskunft: Universitätsinstitut für Bioklimatologie und Meeresheilkunde, 2280 Westerland/Sylt.

13.—16. 9. **in Bad Harzburg: Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie.** Auskunft: Prof. Dr. K.-A. Bushe, 3400 Göttingen, Goßlerstraße 10.

13.—19. 9. **in Berlin: 5. Internistenkongreß der Sektion Innere Medizin in der Deutschen Gesellschaft für Klinische Medizin.** Auskunft: Dr. H. Cobet, 1. Medizinische Klinik der Humboldt-Universität, X 104 Berlin, Schumannstraße 20—21.

14.—17. 9. **in Salzburg: 9. Internationaler Kongreß für Allgemeinmedizin.** Auskunft: Dr. K. Engelmeier, 4740 Oelde, Lange Straße 21 a.

19.—21. 9. **in Wien: IV. Internationaler Kongreß für Gruppen-Psychotherapie.** Auskunft: Wiener Medizinische Akademie für ärztliche Fortbildung, A-1010 Wien, Stadiongasse 6—8.

19.—23. 9. **in Bad Brückenau: Ärztekurs für Homöopathie.** Auskunft: Dr. M. Stübler, 8900 Augsburg, Singerstraße 1.

17.—24. 9. **in Pörtschach/Wörther See: V. Internationaler Kneippärzte-Kongreß, 26. Ärztlicher Fortbildungslehrgang.** Auskunft: Sekretariat des Kneippärztebundes e. V., 8937 Bad Wörishofen, Postfach 160.

18.—21. 9. **in Wien: 8. Internationales Kolloquium für Vektorkardiographie.** Auskunft: Wiener Medizinische Akademie für ärztliche Fortbildung, A-1010 Wien, Stadiongasse 6—8.

16.—22. 9. **in Freudenstadt: Einführungskurs in die Chirotherapie der Wirbelsäule.** Auskunft: Sekretariat der Forschungsgemeinschaft für Arthrologie und Chirotherapie (FAC), 4700 Hamm, Ostenallee 83.

19. 9.—4. 10. **3. Oststudienreise (Donau - Schwarzes Meer - UdSSR). Thema: „Infektionen und ihre Behandlung unter besonderer Berücksichtigung des osteuropäischen Raumes."** Auskunft: Wiener Medizinische Akademie für ärztliche Fortbildung, A-1010 Wien, Stadiongasse 6—8.

20.—23. 9. **in Köln: Kongreß der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft.** Auskunft: Prof. Dr. G. Imhäuser, Orthopädische Universitätsklinik, 5000 Köln-Lindenthal, Joseph-Stelzmann-Straße.

21.—22. 9. **in Travemünde: Tagung der Deutschen Gesellschaft für Biophysik.** Auskunft: Prof. Dr. H. A. Künkel, Strahlenbiologisches Institut der Universität, 2000 Hamburg 20, Martinistraße 52.

21.—23. 9. **in Lausanne: V. Symposion der Gesellschaft für Nephrologie.** Auskunft: Dozent Dr. D. Mertz, Medizinische Universitäts-Poliklinik, 7800 Freiburg/Breisgau, Hermann-Herder-Straße 9.

21.—23. 9. **in Wien: Jahrestagung der Gesellschaft für Nuklearmedizin.** Auskunft: Prof. Dr. G. Hoffmann, 7800 Freiburg/Br., Hugstetter Straße 55.

21.—23. 9. **in Wien: 10. Gemeinsame Tagung der Schweizerischen, Deutschen und Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie.** Auskunft: Wiener Medizinische Akademie für ärztliche Fortbildung, A-1010 Wien, Stadiongasse 6—8.

22.—23. 9. **in Freiburg: 51. Versammlung der Vereinigung südwestdeutscher Hals-Nasen-Ohren-Ärzte.** Auskunft: Prof. Dr. J. Matzker, Univ.-HNO-Klinik, 6500 Mainz, Langenbeckstraße 1.

22.—24. 9. **in Bad Nauheim: 33. Fortbildungslehrgang der Vereinigung der Bad Nauheimer Ärzte.** Auskunft: William G. Kerckhoff-Institut, 6350 Bad Nauheim.

22.—26. 9. **in Gent: XII. Symposion der Gesellschaft für Histochemie.** Auskunft: Prof. Dr. H. Zimmer-

Ein Gruppenversicherungsvertrag mit der Vereinigten:

Der Vorteil läßt sich leicht errechnen

Bei Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag sind die Prämien für den Arzt bis zu 25 % niedriger als in der Einzelversicherung.

Einige weitere Vorteile: Wartezeiten entfallen, Vorerkrankungen sind mitversichert – Versicherungsleistungen auch beim Kuraufenthalt, bei Erkrankungen im Ausland, bei Berufs- und Sportunfällen.

Für jedes Kalenderjahr, in dem kein Tagegeld beansprucht wird, erfolgt hohe Prämienrückgewähr.

Die VEREINIGTE und ihre Tochtergesellschaft SALUS können auf jahrzehntelange Erfahrung in der Ärzteversicherung zurückblicken. Die Gruppenversicherungen umfassen:

- **Krankentagegeld,** abgestimmt auf den individuellen, unterschiedlichen Bedarf des niedergelassenen und angestellten Arztes
- **Krankenhaustagegeld** für den niedergelassenen und angestellten Arzt
- **Krankenhauskostenersatz** für die Familienangehörigen des Arztes

VEREINIGTE

VEREINIGTE KRANKENVERSICHERUNG A.G.
Generaldirektion · 8000 München 23 · Leopoldstraße 24

mann, Pathologisches Institut des Städtischen Krankenhauses, 6230 Frankfurt/M.-Höchst, Gotenstraße 6–8.

23.—24. 9. **in Hamm: Einführungskurs in die Chirotherapie der Extremitätengelenke** (Fortsetzungswochenenden: 21./22. 10., 18./19. 11., 16./17. 12.). Auskunft: Sekretariat der Forschungsgemeinschaft für Arthrologie und Chirotherapie (FAC), 4700 Hamm, Ostenallee 83.

23.—30. 9. **in Sydney: V. Weltkongreß für Gynäkologie und Geburtshilfe.** Auskunft: Prof. Dr. R. P. Shearman, Box 4139 G. P. O., Sydney.

25.—27. 9. **in Konstanz: Drei-Länder-Tagung „Gesundheitserziehung und Gesundheitsvorsorge im Vorschulalter".** Auskunft: Bundesausschuß für gesundheitliche Volksbelehrung e. V., 5320 Bad Godesberg, Bachstraße 3—5.

25.—30. 9. **in Hamburg: 6. Pädiatrischer Fortbildungsknrs der Universitäts-Kinderklinik.** Auskunft: Dozent Dr. E. W. Keck, Universitäts-Kinderklinik, 2000 Hamburg 20, Martinistraße 52.

25.—30. 9. **in Karlsbad: XXIII. Internationaler medizinischer Fortbildungskurs.** Auskunft: Tschechoslowakische Medizinische Gesellschaft J. E. Purkyně, Sokolská 31, Praha 2, CSSR.

26.—28. 9. **in Helgoland: 3. Internationales Symposion über quantitative Biologie des Stoffwechsels.** Auskunft: Dr. A. Lücker, Institut für Strahlenschutz, Reaktorzentrum Seibersdorf, Lenaugasse 10, A-1082 Wien.

28.—30. 9. **in Hamburg: 24. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten.** Auskunft: Prof. Dr. H. Bartelheimer, 1. Med. Univ.-Klinik, 2000 Hamburg 20, Martinistraße 52.

29. 9.—1. 10. **in Augsburg: 40. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin.** Auskunft: Kongreßbüro der Augsburger Fortbildungskongresse für praktische Medizin, 8800 Augsburg, Schaezierstr. 19.

30. 9.—1. 10. **in Frankfurt-Höchst: Gemeinsame Tagung der hessischen Gesellschaft für Medizinische Strahlenkunde und der südwestdeutschen Röntgengesellschaft.** Auskunft: Prof. Dr. R. Kraus, 6230 Frankfurt-Höchst, Gotenstraße 6.

29. 9.—1. 10. **in Hamburg: 3. Internationales Symposion der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation.** Auskunft: Dr. A. Cramer, 2000 Hamburg 52, Ohnhorststraße 64.

Oktober 1967:

1.—6. 10. **in Mainz: Vortragstagung der Deutschen Gesellschaft für Fettwissenschaft.** Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Fettwissenschaft e. V., 4400 Münster, Diepenbrockstraße 32.

2.—4. 10. **in Magdeburg: 2. Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Gastroenterologie und Ernährung in der DDR mit internationaler Beteiligung.** Auskunft: Dr. Miklaw, Medizinische Klinik des Bezirkskrankenhauses, X-30 Magdeburg.

2.—4. 10. **in Wien: Kongreß der Deutschen Geselischaft für Kinderheilkunde.** Auskunft: Prof. Dr. H. Asperger, A-1090 Wien, Universitätsklinik.

3.—5. 10. **in Karlsbad: Mitteleuropäisches Psychopharmakologisches Symposion.** Auskunft: Tschechoslowakische Medizinische Gesellschaft J. E. Purkyne, Sokolská 31, Praha 2.

3.—7. 10. **in Amsterdam: 19. Internationale Tuberkulose-Konferenz.** Auskunft: Dr. J. Meijer, P. O. B., Den Haag.

5.—7. 10. **in Bad Wildungen: 17. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Medizinischen Arbeitsgemeinschaft für Herdforschung und Herdbekämpfung (DAH).** Auskunft: Frau I. Lahr, 6000 Frankfurt-NO, Hallgartenstraße 73.

5.—8. 10. **in Bad Homburg v. d. H.: 9. Ärztliche Fortbildungstagung.** Auskunft: Dr. D. Gross, 6000 Frankfurt (M.), Biebergasse 1.

6.—7. 10. **in Bad Nauheim: Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Angiologie e. V.** Auskunft: Chefarzt Dr. med. U. Dembowski, 6350 Bad Nauheim, Sanatorium Victoria, Lindenstraße 15.

7.—8. 10. **in Bad Wiessee: 15. Fortbildungskurs in praktischer Medizin.** Auskunft: Dr. K. Nereshelmer, 8182 Bad Wiessee, Adrian-Stoop-Straße.

9.—12. 10. **in Wien: 65. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde.** Auskunft: Wiener Medizinische Akademie für ärztliche Fortbildung. A-1010 Wien, Stadiongasse 6—8.

9.—13. 10. **in Frankfurt: Fortbildungskurs der Deutschen Gesellschaft für Familienplanung e. V.** Auskunft: Sekretariat der Deutschen Gesellschaft für Familienplanung e. V., 6000 Frankfurt, Auf der Körnerwiese 6.

9.—14. 10. **in Innsbruck: Praktischer EKG-Kurs (Leitung: Prof. Dr. Halhuber).** Auskunft: Sekretariat der Medizinischen Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck.

10.—12. 10. **in Salzburg: Chirurgische Fortbildungstage.** Auskunft: Sekretariat der I. Chirurgischen Abteilung, Landeskrankenanstalten, A-5020 Salzburg, Müllnerhauptstraße.

10.—14. 10. **in Franzensbad/CSSR: Gynäkologische Balneotherapie (I. Symposion mit internationaler Beteiligung).** Auskunft: Tschechoslowakische Medizinische Gesellschaft J. E. Purkyne, Sokolská 21, Praha 2, CSSR.

11.—13. 10. **in Bukarest: Kongreß der Gesellschaft für Gastroenterologie in Rumänien.** Auskunft: Verband der Medizinischen Gesellschaften für den Nationalkongreß für Gastroenterologie, str. Progresului No. 8—10, Bukarest 30/Rumänien.

12.—13. 10. **in München: Jahresarbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung.** Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Ernährung, 6000 Frankfurt, Feldbergstraße 28.

12.—14. 10. **in Berlin: 8. Fortbildungstagung der Vereinigung Deutscher Strahlenschutzärzte.** Auskunft: Prof. Dr. H. Braun, Medizinische Universitätsklinik, 8700 Würzburg, Luitpoldkrankenhaus.

12.—14. 10. **in Düsseldorf: Tagung der Vereinigung Deutscher Neuropathologen und Neuroanatomen e. V.** Auskunft: Prof. Dr. G. Kersting, Institut für Neuropathologie der Universität, 5300 Bonn, Wilhelmsplatz 7.

12.—15. 10. **in Regensburg: 39. Fortbildungsveranstaltung des Regensburger Kollegiums.** Auskunft: Sekretariat des Regensburger Kollegiums für ärztliche Fortbildung, 8400 Regensburg, Altes Rathaus.

13.—14. 10. **in Tübingen: Jahrestagung der Deutschen Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie.** Auskunft: Priv.-Doz. Dr. R. Lempp, 7400 Tübingen, Osiandersträße 22.

14.—15. 10. **in Bad Godesberg: 22. Godesberger Ärztetagung.** Auskunft: P. A. Meckel, 5320 Bad Godesberg, Kapellenstraße 1.

Pianos — Flügel

Euterpe - Hoffmann - Feurich

aus Süddeutschlands größter Klavierfabrik

Ein gutes Klavier ist kostbarer, lebendiger Besitz und ein wertvolles Stück für ein ganzes Leben

EUTERPE Beim Fachhandel vertreten

14.—15. 10. in Innsbruck: Klinisches Wochenende. Auskunft: Sekretariat der Medizinischen Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck.

15.—21. 10. in Bad Wörishofen: 63. Deutscher Bädertag. Auskunft: Deutscher Bäderverband e. V., 5300 Bonn, Poppelsdorfer Allee 27.

15.—24. 10. Kongreßreise nach Beirut. Auskunft: Gesellschaft für Akademische Studienreisen e. V., 6900 Heidelberg, Philipp-Wolfrum-Weg 4.

16.—17. 10. in Innsbruck: Übungskurs in klinischer Elektrokardiographie. Auskunft: Sekretariat der Medizinischen Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck.

16.—21. 10. in Baden-Baden: Tagung des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund). Auskunft: Verband der Ärzte Deutschlands, 5320 Bad Godesberg, Kölner Straße 46.

16.—21. 10. in Innsbruck: Hämtologiekurs für Fortgeschrittene mit Übungen. Auskunft: Sekretariat der Medizinischen Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck.

16.—21. 10. in Wien: 21. Österreichischer Ärztekongreß (Van-Swieten-Tagung). Auskunft: Wiener Medizinische Akademie für ärztliche Fortbildung, A-1010 Wien, Stadiongasse 6—8.

19.—21. 10. in Bad Homburg v. d. H.: Jahreskongreß der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin. Auskunft: Prof. Dr. Zörkendörfer, 4902 Bad Salzuflen, Extersche Straße 30.

19.—21. 10. in Mannheim: Tagung der Deutschen Gesellschaft für Zytologie gemeinsam mit der Österreichischen Gesellschaft für angewandte Zytologie. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. H.-J. Soost, I. Universitäts-Frauenklinik, 8000 München 15, Maistraße 11.

20.—21. 10. in Hamburg: 10. Wissenschaftliche Tagung der norddeutschen Gesellschaft für Tuberkulose und Lungenkrankheiten. Auskunft: Med.-Dir. 1. R. Dr. Saegler, 2000 Hamburg 73, Birrenkovenallee 17.

21.—22. 10. in Bad Nenndorf: Fortbildungskurs für Ärzte der Ärztekammer Niedersachsen, Bezirksstelle Hannover (Thema: „Aktuelle Krebsproblematik"). Auskunft: Dr. A. Evers, 3052 Bad Nenndorf, Baineologisches Institut.

20.—22. 10. in Wiesbaden: Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. 4000 Düsseldorf, Lindemannstraße 38.

23.—27. 10. in Hamburg: 27. Gynäkologischer Fortbildungskurs. Auskunft: Universitäts-Frauenklinik und -Poliklinik, 2000 Hamburg 20, Martinistraße 52.

23.—27. 10. in Neuherberg: Einführungskurs in den Strahlenschutz für Ärzte, Apotheker, Biologen. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.

25.—28. 10. in Essen: 12. Internationaler Phlebologen Kongreß in Gemeinschaft mit dem Jahreskongreß der Société Française de Phlébologie. Auskunft: Prof. Dr. N. Klüken, 4300 Essen, Hufelandstraße 55.

25.—29. 10. in Hamburg: 53. Tagung der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. H. Gardemin, 2000 Hamburg 20, Martinistraße 52.

26.—28. 10. in Baden-Baden: 11. Herbsttagung für Baineologie und physikalische Therapie. Auskunft: Dr. R. Walter, 7570 Baden-Baden, Sofienstraße 35.

27.—28. 10. in Erlangen: 2. Kurs für praktische Gastroenterologie. Auskunft: Dr. R. Ottenjann, Medizinische Universitätsklinik, 8520 Erlangen, Postfach 266.

27.—29. 10. in Regensburg: 24. Tagung der Studiengesellschaft für praktische Psychologie. Auskunft: LMR Dr. H. Petri, 4063 Süchtein, Rheinisches Landeskrankenhaus.

30.—31. 10. in Bad Ragaz: Internationales Symposion der Schweizerischen Gesellschaft für Gastroenterologie. Auskunft: Prof. Dr. N. Markoff, Medizinische Klinik, Kantonsspital, CH-7000 Chur.

30. 10. 1967 bis 2. 2. 1968 in Berlin: Arbeitsmedizinischer Grundlagen-Lehrgang. Auskunft: Akademie für Arbeitsmedizin, 1000 Berlin 19 (Charlottenburg), Soorstraße 83.

Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85/III, Telefon 36 11 21. Schriftleiter: Dr. med. Wtliy 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: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co., KG., früher Verlag u. Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8 München 15, Postfach, Sonnenstr. 29, Tel. 55 80 81, Fernschreiber: 05 23662, Telegrammadresse: atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharschinger, München. Druck: Richard Pflaum 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.

Zolghadar

Teppiche aus Persien

München Maximilianstr. 33

neben Kleine Freiheit/Café ROMA

★ Jetzt auch in Ulm · Neue Straße 46 und in Ingolstadt · Theresienstr. 28 ★

Der Landkreis Feuchtwangen/Mittelfranken

sucht für sein Kreiskrankenhaus (insgesamt 111 Betten) ab 1. Oktober 1967 oder 1. Januar 1968 einen

CHEFARZT

zugleich als Leiter der Chirurgischen Abteilung (60 Betten).

Anstellung erfolgt im Angestelltenverhältnis mit Liquidationsmöglichkeit für Privatpatienten.

Der Bewerber muß Facharzt für Chirurgie sein und soll die operative Gynäkologie und Geburtshilfe beherrschen.

Der Landkreis sucht außerdem zum gleichen Termin einen

Assistenzarzt

im Angestelltenverhältnis nach BAT.

Bewerbungen werden mit handgeschriebenem Lebenslauf, Lichtbild, Zeugnisabschriften und Qualifikationsnachweisen bis 5. September 1967 erbeten an das

LANDRATSAMT FEUCHTWANGEN
8805 Feuchtwangen/Mfr.

Der Landkreis Nördlingen

sucht für die chirurgische Abteilung (60 Betten) des neuerbauten Kreiskrankenhauses Oettingen einen Oberarzt (Vergütungsgruppe Ib), der im Bewährungsfalle mit dem Ausscheiden des jetzigen Stelleninhabers — spätestens aber am 1. 1. 1969 die

Chefarztstelle

der chirurgischen Abteilung übertragen erhält. Vergütung von Bereitschaftsdienst nach Tarif.

Hum. Gymnasium am Ort.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten bis spätestens 20. 8. 1967 an das

LANDRATSAMT — HAUPTVERWALTUNG —
886 NÖRDLINGEN

Stellenausschreibung

Am **NERVENKRANKENHAUS MAINKOFEN** des Bezirks Niederbayern mit über 1400 Betten sind

mehrere Arztstellen

zu besetzen. Die Vergütung erfolgt nach Vergütungsgruppe II des Bundes-Angestelltentarifvertrags (BAT). Nebeneinnahmen durch Bereitschaftsdienst und Gutachten. Daneben werden die Vergünstigungen des öffentlichen Dienstes gewährt (Zusatzversorgung, Beihilfen usw.). Anstellung mit unbefristetem Arbeitsvertrag. Wohnung steht zur Verfügung.

Psychologisch-neurologische Fachkenntnisse sind nicht Bedingung; Einarbeitung erfolgt. Zur Zeit sind 2 Jahre Psychiatrie und, nach Fertigstellung der in der Planung befindlichen neurologischen Abteilung, auch die Tätigkeit in Neurologie auf die Facharztausbildung anrechnungsfähig.

Bewerbungen mit Lebenslauf, Lichtbild und den üblichen Bewerbungsunterlagen werden erbeten an die

Direktion des Nervenkrankenhauses Mainkofen
8351 Post Pankofen, Telefon: Plattling 222

Auf der internen Abteilung des **Loreto-Krankenhauses Rosenheim**, mit 144 Betten, ist ab sofort die Stelle

eines Assistenzarztes (Verg.-Gr. II)

zu vergeben.

Gesonderte Vergütung von Bereitschaftsdienst. Verlegung in einen modernen Krankenhausneubau mit fast allen medizinischen Abteilungen steht bevor. Unterkunftsmöglichkeit im Hause.

Bewerbungen sind zu richten an die

Verwaltung des Städt. Krankenhauses Rosenheim
82 Rosenheim/Obb.

Im Städt. Marienkrankenhaus Amberg/Opf.

(Ortsklasse A) ist auf der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung (Chefarzt Direktor Dr. M. Brandl) bis zum 1. 10. 1967 die Stelle des planmäßigen

Oberarztes

neu zu besetzen. (Abteilung mit 100 Betten, 1 Chef, 1 Oberarzt, 4 Assistenten — zur vollen Facharztausbildung zugelassen.) Bisheriger Oberarzt rückt andernorts in Chefarztposition auf.

Der Bewerber muß Facharzt für Frauenheilkunde und Geburshilfe sein und den Chefarzt vertreten können. Vergütung nach Gruppe Ib des BAT. Gutes Nebeneinkommen. Pauschalvergütung des Bereitschaftsdienstes, Zusatzversorgung. Bei der Wohnungsbeschaffung ist die Stadt behilflich.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen (handgeschriebener Lebenslauf, Lichtbild, Abschriften von Zeugnissen) erbeten bis 31. 8. 1967 an das

Personalamt der Stadt Amberg, 845 Amberg/Opf.

Sie sind promovierter Arzt

Sie haben diesen Beruf aus ideellen Gründen gewählt. Aber nicht nur am Krankenbett oder in der Praxis können Sie Menschen helfen. Als leitender Mediziner in unserem angesehenen Unternehmen bietet sich Ihnen die Gelegenheit, Planung und Entwicklung neuer Arzneimittel maßgeblich zu beeinflussen. Der Verantwortungsbereich unseres

Med.-Wiss.-Leiters

umfaßt auch die Klinische Forschung:

Sie legen das Programm für die Prüfung neuer Stoffe fest und koordinieren die Zusammenarbeit aller Beteiligten. Ihr Urteil ist entscheidend.

Wir sind der Meinung, daß ein junger Arzt mit solider medizinischer Ausbildung, auch ohne Industrieerfahrung, in diese Position hineinwachsen kann.

Wir können Ihre Ansprüche an eine medizinisch interessante und hochdotierte Tätigkeit erfüllen.

Wenn Sie glauben, daß Sie den vielseitigen Aufgaben gewachsen sind, setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung. Sie erreichen uns unter der Chiffre Nr. 331/186 an Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8 München 15, Sonnenstraße 29

Jacosulfon *ist die heilende Hand des Arztes*