

ZEITSCHRIFT
FÜR
ÄRZTLICHE FORTBILDUNG

ORGAN FÜR PRAKTISCHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON DEM

ZENTRALKOMITEE FÜR DAS ÄRZTLICHE FORTBILDUNGSWESEN IN PREUSSEN UND DEN



IM REICHAUSSCHUSS ZUSAMMENGESCHLOSSENEN KOMITEES UND VEREINIGUNGEN

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

VERLAG:
GUSTAV FISCHER IN JENA

Nummer 4

Montag, den 15. Februar 1932

29. Jahrgang

Inhalt.

Abhandlungen:

1. Methodik der Darmuntersuchung. Von Prof. H. Strauß. S. 101.
2. Methodik der Magenuntersuchung. Von Dr. J. Olivet. S. 103.
3. Viszerale Gicht. Von Prof. Dr. F. Gudzent. S. 105.
4. Die Bedeutung der Milz für den menschlichen Stoffwechsel nach dem Stande der neuesten Forschungen. Von Priv.-Doz. Dr. O. Flößner. S. 107.

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

1. Die Lichttherapie in der Kinderheilkunde. Von Dr. Kurt Huldschinsky. S. 110.
2. Typische Wintersportverletzungen. Von Dr. Hermann Engel. S. 114.
3. Schmerzlinderung unter der Geburt. Von Frau M. G. Oden. S. 115.

Anfragen aus dem Leserkreis:

- Hängt die Diabeteshäufigkeit mit dem Zuckerkonsum zusammen? Von Prof. Dr. Erich Leschke. S. 116.

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

1. Innere Medizin: Zuelzer. S. 117.
2. Chirurgie: Hayward. S. 118.
3. Aus dem Ständeleben: Berger. S. 119.

Soziale Medizin: Auseinandersetzung über sogenanntes Doppelleben. Von Paul Bernhardt. S. 120.

Öffentliches Gesundheitswesen: Warum gibt es im Winter keine Fliegen und Mücken? Von Dr. v. Schuckmann. S. 124.

Ärztliches Fortbildungswesen: Rentenneurose und ärztliche Praxis. Von Dr. G. Winkler. S. 126.

Aus ärztlichen Gesellschaften: S. 129.

Geschichte der Medizin: Franz Koenigs 100. Geburtstag. S. 130.

Das Neueste aus der Medizin: S. 130.

Therapeutische Umschau: S. 131.

Tagesgeschichte: S. 132.

Z. ärztl. Fortbildung. 29. Jahrg.

Nr. 4

S. 101-132, Jena, 15. 2. 1932

Bei allen Funktionsstörungen der männlichen Keimdrüsen, bei endokrin und psychisch bedingter Potenzschwäche.

Günstige Beeinflussung allgemeiner Neurasthenie, seelischer Depressionen, geistiger u. körperlicher Ermüdungszuständen. Zur Nachbehandlung von Prostataerkrankungen.

ORIGINALPACKUNGEN:
Schachtel mit 2 Ampullen zu je 1 ccm
Schachtel mit 10 Amp. zu je 1 ccm (Kurpackung)

„Bayer-Meister-Lecithin“
LEVERKUSEN G. R.

ERUGON

Standardisiertes

TESTIKEL-

HORMON



Die „Zeitschrift für ärztliche Fortbildung“ erscheint monatl. 2mal. Preis (durch alle Buchhandlungen und Postanstalten) vierteljährlich Rmk 4.—. Die Zustellungsgebühr beträgt für Deutschland, Oesterreich, Luxemburg, Memelgebiet 60 Pf., für das Ausland 90 Pf. Die Mitglieder des Dtsch. Aerztevereinsbundes erhalten die Zeitschrift zum Vorzugspreis von vierteljährlich Rmk 3.40 gebührenfrei. Studierende, Praktikanten und Hilfsärzte in nicht vollbezahlter Stellung erhalten die „Z. f. ä. F.“ zum ermäßigten Preise von vierteljährlich Rmk 2.70 gebührenfrei. Für Zahlungen an den Verlag: Postcheck-Konto Erfurt 986, Haag 73041, Stockholm 4109, Zürich VIII 11055; Postsparkassen-Konto Wien 156780, Budapest 36648; Tschechoslowakei: Prag, Postsparkassen-Konto 501840 und Kreditanstalt der Deutschen (und deren Filialen). Wenn Abbestellung nicht erfolgt, gilt der Bezug als erneuert.

Anzeigenannahme: Ala Anzeigen-Aktiengesellschaft in Interessengemeinschaft mit Haasenstein & Vogler A.G., Daube & Co. G.m.b.H., Berlin W 35, Potsdamer Straße 27 a, Tel. Kurfürst 7865—67, 7885—87, sowie deren sämtliche Zweigstellen und Vertretungen im In- und Auslande. — **Anzeigen:** die 5gespaltene, 36 mm breite Millimeterhöhe: Rmk —23 Rabatt nach Tarif.

Inhaltsverzeichnis der Referate:

- Innere Medizin:** Ueber die Basedowbehandlung mit Blum-scher Schutzkost. Ueber die Behandlung von Sepsis, Meningitis und Empyem mit künstlichem Abszeß. Ueber Heilerfolge bei septischer Endo- und Pankarditis rheumatischer Genese durch Kalomel. (Zuelzer.) S. 117.
- Chirurgie:** Ueber Appendizitis beim Kleinkind. Die Hämorrhoiden und ihre operative Behandlung. (Hayward.) S. 118.

- Aus dem Ständeleben:** Das ärztliche Fortbildungswesen. Das Haus der ärztlichen Fortbildung in Essen. Welche Themen für Fortbildung wünscht sich der praktische Arzt? Gedanken über ärztliche Fortbildung. Gedanken zur Reform der medizinischen Prüfungsordnung. Brauchen wir noch eine Organisation? (Berger.) S. 119.

V e r l a g v o n G u s t a v F i s c h e r i n J e n a

Soeben erschienen:

Internationaler Ärztlicher Fortbildungskursus mit besonderer Berücksichtigung der **Balneologie und Balneotherapie 1931**

Karlsbader ärztliche Vorträge. Band 13

Vortragszyklus veranstaltet und herausgegeben

vom

Stadtrat Karlsbad

In dessen Auftrage redigiert von Dr. Edgar Ganz

Mit 62 Abbildungen im Text XXVIII, 508 S. 8° 1932 Rmk 21.—, geb. 23.—

Inhalt: 1. Klinisches und Biologisches über *Ascaris lumbricoides*. Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Friedrich Fülleborn, Hamburg. Mit 4 Abbild. / 2. Karlsbad und ähnliche Kurorte in der Therapie der Herzleidenden. Von Prof. Dr. D. Pletnew, Moskau. Mit 2 Abbild. / 3. Ändert sich die Blutzirkulation nach schnellem Trinken großer Wassermengen? Von Prof. Dr. Bohumil Prusik, Prag. Mit 1 Abbild. und 3 Tabellen. / 4. Der periphere Kreislauf. Von Prof. Dr. Klothilde Gollwitzer-Meier, Berlin. / 5. Die Zukunft des Menschengeschlechts. Von Prof. Dr. Otto Großer, Prag. / 6. Die Entstehung der Tropenmedizin. Ein kurzer Bericht aus dem Leben und Schaffen Sir Patrick Mansons. 1844—1922. Von P. Manson-Bahr, London. / 7. Der Wasser- und Mineralstoffwechsel bei Leberstörungen. Von Prof. Dr. Kurt Beckmann, Stuttgart. Mit 6 Abbild. / 8. Neue Untersuchungen über Ernährung. Von Prof. Dr. B. C. P. Jansen, Amsterdam. / 9. Von den Formen der Karzinome und Präkanzerosen der Haut im besonderen und dem Reizkarzinom im allgemeinen. Von Prof. Dr. Ernst Delbanco, Hamburg. Mit 30 Abbild. / 10. Ernährung und Krebs. Von Prof. Dr. Wilhelm Caspari, Frankfurt a. M. Mit 2 Abbild. / 11. Momentanerfolge und Dauererfolge bei peptischen Geschwüren. Von Geh.

San.-Rat Prof. Dr. I. Boas, Berlin. / 12. Diagnostische und therapeutische Fortschritte auf dem Gebiete der Dünndarmerkrankungen. Von Prof. Dr. V. van der Reis, Danzig. Mit 5 Abbild. / 13. Die Spätfolgen der Fehlgeburten. Von Prof. Dr. Adam Czyżewicz, Warschau. / 14. Encephalomyelitis post vaccinationem. Von Prof. Dr. Ed. Gamper, Prag. / 15. Ueber die Bedeutung einiger Schwefelverbindungen im Organismus. Von Prof. Dr. Richard Zeynek, Prag. / 16. Ueber die Gefäßinsuffizienz und ihre Behandlung. Von Prof. Dr. G. Ganter, Rostock i. M. / 17. Die gynäkologische und sozialhygienische Bedeutung der Obstipation der Frau. Von Prof. Dr. W. Liepmann, Berlin. / 18. Ueber die Magenfunktion mit Bezug auf Leermagentätigkeit und alkalische Trinkungen. Von Prof. Dr. Béla Fornet, Debrecen. Mit 12 Abbild. / 19. Uebelkeit und Erbrechen. Von Prof. Dr. Philipp Klee, Wuppertal-Elberfeld. / 20. Die Balneotherapie der Nierenkrankheiten. Von Prof. Dr. Erwin Becher, Frankfurt a. M. / 21. Ueber gegenwärtige klinische Probleme des Rheumatismus. Von Prof. Dr. L. Buchstab, Odessa. / 22. Nahrungsaufnahme und Konstitution. Die Wirkung der Nahrungsmittel auf das endokrin-sympathische System. Von Prof. Dr. Nicola Pende, Genua.

Die Leitung der Karlsbader Fortbildungskurse ist stets bemüht, den Zusammenhang der Balneologie mit der Medizin einerseits und mit den physiko-chemischen Naturwissenschaften andererseits aufrecht zu erhalten. Die modernsten Errungenschaften, welche die innere Medizin den Fortschritten der Physik und Chemie, insonderheit der Kolloidchemie, verdankt, haben auch der Balneologie neue Wege gewiesen, denen zu folgen sie sich zur Aufgabe gemacht hat.

Trotz der allgemeinen Weltkrise hat sich auch 1931 eine stattliche Anzahl von Teilnehmern in Karlsbad zusammengefunden, und erlesene Namen standen auf der Liste der Vortragenden. So schließt sich auch dieser Kurs seinen zwölf Vorgängern würdig an.

Dieser Nummer liegen folgende Prospekte bei: 1) *Dozentenvereinigung für ärztliche Fortbildung, Berlin*, betr. Internationale Fortbildungskurse in Berlin. 2) *Georg Thieme, Verlag, Leipzig*, betr. Vorzugsangebot für wissenschaftliche Werke. 3) *Gustav Fischer, Verlag, Jena*, betr. Boeminghaus, Urologische Diagnostik und Therapie.

DIWAG

Klimax - Störungen

werden auf grundsätzlich neuem Wege erfolgreich behandelt durch die Cholin-Therapie mit der Cholin-Ester-Doppelverbindung

Sedicyl

- Direkte Wirkung über das vegetative Nervensystem ●
- Zuverlässige Beseitigung der Ausfallserscheinungen ●
- Auch bei längerem Gebrauch keine Nebenwirkungen ●

Dosis: 3 mal täglich 1-2 Tabletten

Neu!

Zur kombinierten Cholin-Ovartherapie klimakterischer Beschwerden

Ovo-Sedicyl

(Sedicyl + Ovar siccum + 10 M. E. biologisch standardisiertes Ovarialhormon)

Dosis: 3 mal täglich 1-2 Bohnen

Proben und Literatur kostenlos

Bei Hypertonie

die erfolgreiche Cholin-Therapie mit

Pacyl

Chemische Fabriken Dr. Joachim Wiernik & Co. Aktiengesellschaft, Berlin-Waidmannslust

Neue Preise ab 1. 1. 1932

Felsol

Kleinpackung jetzt **1.10** bisher 1.40

Gebrauchspack. jetzt **2.—** bisher 2.50

ROLAND A.-G. ESSEN

**Internationale ärztliche Fortbildungskurse
in Berlin**

werden mit Unterstützung der medizinischen Fakultät und der Organisationen des Kaiserin Friedrich-Hauses von der Dozentenvereinigung für ärztliche Fortbildung veranstaltet.

Fortbildungskurse im Frühjahr 1932:

1. Innere Medizin (vom 29. Februar bis 5. März). Honorar: 50 M.
2. Beruf und Erkrankung mit besonderer Berücksichtigung der Gutachtertätigkeit (vom 7.—12. März). Honorar: 50 M.
3. Geburtshilflich-gynäkologische Fortbildungswoche (vom 14. bis 19. März). Honorar: 50 M.
4. Fortbildungskurs für Chirurgen (vom 4.—9. April). Honorar: 75 M.
5. Praktische Fortschritte der Röntgendiagnostik und Strahlentherapie (vom 10.—17. April). Honorar: 80 M.
6. Einzelkurse über sämtliche Gebiete der Medizin mit praktischer Betätigung finden jeden Monat statt.

Für Herbst 1932 sind folgende Kurse in Aussicht genommen:

Innere Medizin. Urologie. Thoraxchirurgie. Ophthalmologie. Psychotherapie. Tuberkulose.

Die Geschäftsstelle befindet sich im Kaiserin Friedrich-Haus, Berlin NW 6, Luisenplatz 2—4; sie erteilt Auskunft über alle einschlägigen Fragen.

Wie koche ich gut und billig? Der Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung hat einen Speisezettel herausgebracht, der zeigen soll, wie man mit verhältnismäßig geringen Mitteln abwechslungsreich und doch ausreichend sich ernähren kann. Zugrunde gelegt ist der Nahrungsbedarf zweier Erwachsener und zweier schulpflichtiger Kinder bei einem Kostenaufwand von 100 M. im Monat. Das Heftchen kann vom Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung, Berlin NW 6, Luisenplatz 2—4, zum Preise von 0,20 M. (bei Einzelexemplaren), von 0,15, 0,12 und 0,10 M. (bei größeren Bestellungen) unter Nachnahme oder gegen Voreinsendung des Betrages bezogen werden.

Robert-Koch-Ehrung 1932. Am 24. März 1882 teilte Robert Koch in einer Sitzung der Berliner Physiologischen Gesellschaft seine Entdeckung des Tuberkelbazillus mit. Es war die Absicht, die 50jährige Wiederkehr dieses für die ganze Menschheit bedeutungsvollen Tages in feierlicher Weise zu begehen und hierzu auch das Ausland einzuladen. Der Vorbereitende Ausschuß ist aber zu der Meinung gekommen, daß die allgemeine Lage in diesem Jahre dazu zwingt, von größeren Feierlichkeiten und von offiziellen Einladungen an das Ausland abzusehen. Voraussichtlich wird aber der für 1933 in Berlin geplante Mikrobiologenkongreß Gelegenheit bieten, eine Robert-Koch-Ehrung unter lebhafter Beteiligung von Gelehrten des Auslandes zu veranstalten. In diesem Jahre findet nur eine Erinnerungsfeier in kleinerem Rahmen am 5. März 1932, mittags 12 Uhr, im Plenarsaal des ehemaligen Herrenhauses, Berlin W 8, Leipziger Straße 3, statt. Nach einleitenden Worten von Ministerialdirektor Dr. Schopohl sind Ansprachen des Preußischen Ministers für Volkswohlfahrt, Dr. h. c. Hirtsiefer, des Präsidenten des Reichsgesundheitsamtes, Geheimrat Dr. Hamel, des Präsidenten des Instituts Robert Koch, Geheimrat Prof. Dr. Neufeld, und des früheren Direktors des Hygienischen Universitätsinstituts in Breslau, Geheimrat Prof. Dr. Pfeiffer, als eines der ältesten Schüler von Robert Koch, vorgesehen. Die Veranstaltung wird durch Musikdarbietungen des Berliner Ärzteorchesters umrahmt.

Bad Oeynhausen hat, um dem wirtschaftlich schwachen Mittelstande die Durchführung einer Kur zu erleichtern, verbilligte Pauschalkuren eingeführt. Sie dauert 28 Tage und umfaßt neben dem Kurgeld 16 Sol-, Thermal- oder Mischbäder (bzw. in der Höhe dieses Wertes andere Kurformen, wie Inhalationen, Fangopackungen usw.), ärztliche Behandlung und Leitung der Kur, Wohnung einschließlich Licht, Heizung und Bedienung sowie Verpflegung (Frühstück, Mittagsmahlzeit, Nachmittagskaffee, Abendmahlzeit). Die Kosten einer solchen Pauschalkur sind jetzt noch verbilligt und betragen in Gruppe A 225 M., in Gruppe B 258 M. Der Preisunterschied ist nur durch die Lage und Ausstattung der Zimmer bedingt; Verpflegung und Behandlung sind dieselbe. Der Kurgast hat die Wahl zwischen 24 Ärzten und wegen der Unterkunft neben einer Reihe Hotels bei über 100 Fremdenheimen.

Bei
Asthma
hilft gründlich
u. dauernd die
Kombinations-
Therapie mit
Taumagen
Taumasthman

HUGO ROSENBERG, FREIBURG I. BR.
Muster und Literatur auf Wunsch

Zugelassen bei den meisten Kr. K.

ESDESAN

Angezeigt bei nervöser Unruhe, Angstzuständen, Beklemmungsgefühl u. Herzen (Präklamax, Präesklerose, Angina pect. spur.)

Extr. fluid. Valerianae-Viact 40.-
Extr. fl. Papaveris 7,5
Tinct. Strophanthi 2.-
Chloralhydrat 0,5

Eine Einzeldosis kostet nur 3 Pfg.

Original K. P. = 50g = 1,40 RM.

Muster und Literatur durch Pharmarium G.m.b.H. Berlin-Ch. 5

3 mal täglich 20 bis 25 Tropfen bzw. abends 30 bis 40 Tropfen in Wasser oder auf Zucker

Die Lösung der Kamillenfrage

KAMILLOSAN-SALBE
bei Wunden aller Art, speziell wunden Brustwarzen, Verbrennungen, Frostschäden, zur Zahnfleischmassage und Säuglingspflege.

KAMILLOSAN-LIQUIDUM
zu Einläufen, Spülungen, Katalpasmen, Säuglings- u. Wundpflege.

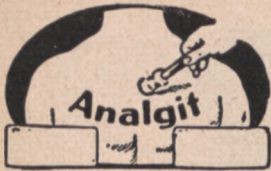
KAMILLOSAN-PUDER
Wund- und Streupuder für Kinder und Erwachsene.

KAMILLOZON-TABLETTEN
Kamillosan-Wasserstoffsperoxyd in haltbarer Form zur reizlosen Desinfektion.

KAMILLOSEPT
zur parenteralen Kamillentherapie entzündlicher Erkrankungen der Urogenitalorgane.

KAMILLARGEN
feinstdispergiertes, vor Reduktion geschütztes, ionogen gebundenes Silberpräparat gegen Entzündungen der Magen- und Darmschleimhaut.

Chemisch-Pharmazeutische A. G.
Bad Homburg, Werk Frankfurt a. M.



Analgit

das zuverlässige
externe Analgeticum



K.P. Analgit u. Analgit-Salbe
bei den meisten Kassen
u. Kassen-Vereinigungen d. Reiches
zur Verordnung zugelassen.



Analgit-Salbe
Außerst wirtschaftlich

Muster u. Literatur durch:

Chem. Fabrik KREWEL-LEUFFEN G. M. B. H., Eitorf / Sieg

Bei Bezug der „Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung“ durch die Post sind

Beschwerden über verspätete Zustellung

grundsätzlich zuerst an den Briefträger oder an das zuständige Postamt zu richten. Erst wenn dieser Schritt erfolglos war, kann der Verlag helfend eingreifen

Ein neues Mittel für Zuckerkrankte

Wird **nicht** eingespritzt, sondern **innerlich** genommen.

Literatur steht auf Wunsch zur Verfügung

Preis: Rmk. 3.60
pro Packung (60 Tabl.)



Anticomman

Anticomman G.m.b.H., Berlin-Halensee, Kurfürstendamm 76

Aleuronat, ca. 90% Nähr-Eiweißmehl für

Magen- u. Zuckerkrankte

bestbewährt überall da, wo verstärkte Eiweißzufuhr erwünscht, besond. bei Diabetes, Gicht, Tuberkulose etc.

Literatur und Proben gratis und franko durch
Nährmittelfabrik R. Hundhausen, G. m. b. H. Hamm i. W.

Pneumalyt

das
Asthma Inhaliermittel
für den Anfall

Kronen-Apotheke, Breslau V.

Indikationen:

1. Bronchialasthma
2. Atemnot bei Lungen-Emphysem
3. Atemnot-Anfälle bei Heufieber

K. P. 5... 1/2 P. 10... 1/2 P. 20... KL. P. 100...
Literatur- auch Proben- kostenlos!

3 besondere Vorzüge der Staats-Quelle Nieder-Selters

Das natürliche Selters

1. hilft bei Husten, Heiserkeit, Verschleimung (mit heißer Milch!)
2. wirkt lindernd bei Katarrhen, Grippe, Fieber
3. altbewährt bei Mattigkeit, Nervosität usw.

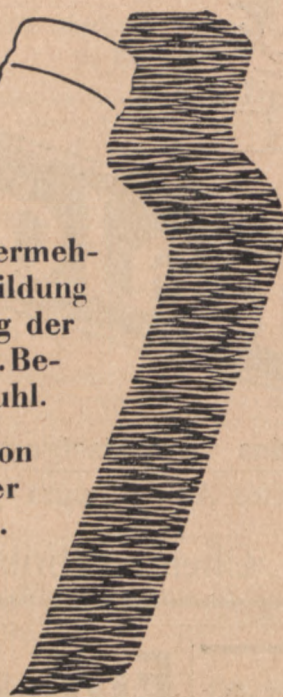
Ausführl. Brunnenschiffen kostenlos vom Zentralbüro Nieder-Selters Berlin 236 W 8, Wilhelmstr. 55
Die Staatsquelle Nieder-Selters in Hessen-Nassau ist der einzige Brunnen mit Selters Namen der nur im Urzustand abgefüllt und versandt wird

AGAROL

Vollkommene Durchtränkung der Faeces. Vermehrung der colloiden Dispersität im Darm. Rückbildung der Konsistenz des Stuhls zur Norm. Anregung der Peristaltik und Tonisierung der Darmmuskulatur. Behebung der Darmspasmen durch den weichen Stuhl.

INDICATIONEN: Jede Form der Obstipation und in jedem Alter. Stuhlträgheit während der Gravidität und Lactation. Keine Nebenwirkungen. Gute Verträglichkeit. Erfahrungsgemäß keine Gewöhnung. Kein Durchsickern des Öls.

Die Original-Emulsion aus Mineralöl, Agar-agar mit Phenolphthalein. Proben und Literatur für Ärzte kostenlos



Das physiologische Stuhlregelmittel

W. R. WARNER & CO. GMBH
PHARMAZEUTISCHE FABRIK
BERLIN-CHARLOTTENBURG 1

Vial's

TONISCHER

Wein

HERZTONICUM
STOMACHICUM
ROBORANS

FÜR
WÖCHNERINNEN
RECONVALESCENTEN

VIAL & UHLMANN FRANKFURT a.M.

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung

Unter ständiger Mitwirkung von

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

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

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

redigiert von

Prof. Dr. C. ADAM in Berlin

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

29. Jahrgang

Montag, den 15. Februar 1932

Nummer 4

Abhandlungen.

I. Methodik der Darmuntersuchung.

Von

Prof. H. Strauß in Berlin.

Jede klinische Untersuchung muß nach einem bestimmten Plane erfolgen. Deshalb folge ich gern der Aufforderung der verehrl. Redaktion, hier kurz die Wege der Untersuchung bei Darmkranken zu skizzieren.

Bei der Anamnese ist vor allem nach Schmerzen, so insbesondere nach Koliken und Tenesmus, nach dem Verhalten des Stuhlgangs, und zwar besonders nach seiner Häufigkeit, Form und Konsistenz, nach seinem Gehalt an Schleim, Blut, Eiter, sowie auch nach dem Vorhandensein oder Fehlen von Magen- und anderen Organstörungen und schließlich nach dem Gang des Körpergewichts während der Erkrankung zu fragen. Ferner ist auf vorausgegangene Krankheiten, so insbesondere auf Ruhr, Typhus usw. sowie auf die gewohnheitsmäßige Aufnahme von Giften (Blei, Quecksilber usw.) zu fahnden.

Bei der Inspektion interessiert zunächst der Allgemeinzustand, da dieser oft schon bestimmte Schlüsse zuläßt. Man erinnere sich stets daran, daß Magen- und Darmerkrankungen oft nur den Ausdruck eines anderen Leidens (so z. B. Tuberkulose, Morbus Addisoni, Morbus Basedowi usw.) darstellen, das oft schon ex visu erkannt oder wenigstens vermutet werden kann. Bei der Inspektion des Leibes interessieren vor allem Auftreibung und Einsenkung, besonders aber isolierte Prominenz mit oder ohne sichtbare Peristaltik und die verschiedenen Arten von Hernien. Besteht ein Verdacht auf eine Erkrankung des Enddarms, so darf die Inspektion der Analgegend (am besten mit einer Taschenlampe und in Kniebrustlage bzw. Steinschnittlage) nie unterlassen werden. Weisen die Symptome auf die Möglichkeit innerer Hämorrhoiden hin, so ist stets auch die Sauginspektion anzuwenden, wie sie seinerzeit von mir eingeführt und zuerst im Jahre 1906 Nr. 21 und zuletzt im Jahre 1931 Nr. 14 in dieser Zeitschrift genauer beschrieben worden ist.

Die Palpation hat nicht bloß auf Schmerzpunkte zu achten, wobei im rechten Oberbauch-

segment Duodenum und Gallenblase und im Unterbauch der McBurneysche Punkt und der Kümmellsche Druckpunkt besonders interessieren. Bei Verdacht auf appendizitische Prozesse ist auch auf das Blumbergsche Symptom zu fahnden, indem man in der Gegend des Wurmfortsatzes eindrückt und mit dem Druck plötzlich nachläßt. Ferner suche man auch nach dem Rovsingschen Symptom, indem man den Inhalt des Dickdarms bzw. Cöcums von links her unter Druck setzt und auf den Eintritt von Schmerzen in der Zökalgegend achtet. Die Palpation der einzelnen Abdominalorgane erfordert eine gewisse „Kultur“. Sie muß stets zart und schonend erfolgen. Sie hat auch Tumoren der Genitalorgane, der Nieren und Blase, der Leber, des Pankreas und der Milz zu berücksichtigen und auch eine Orientierung über den Gasgehalt der Därme zu liefern, da Zwerchfellhochstand u. a. störende Folgen hat. Für die Untersuchung der Zökalgegend empfiehlt es sich ganz allgemein, den Patienten aufzufordern, durch Hebung des rechten Beins den M. Psoas zu spannen und damit eine feste Unterlage für die Palpation zu geben. Im linken Unterbauchsegment interessiert vor allem das Vorhandensein oder Fehlen eines stark kontrahierten Kolon-Deszendens bzw. Sigmoids. Sofern auch nur im geringsten mit der Möglichkeit einer Affektion des Enddarms zu rechnen ist — und die betreffenden Fälle sind sehr zahlreich — darf nie eine Digitalexploration des Rektums unterlassen werden. Dieselbe wird am besten in Kniebrustlage vorgenommen. Bei ihr ist nicht bloß auf die Beschaffenheit der Rektalschleimhaut und des Sphinkterentonus zu achten, sondern auch die Beschaffenheit der Nachbarorgane (Prostata, Uterus, Kreuzbein) zu eruieren. Auch die Anwesenheit größerer Kotmengen im Rektum oder ein auffälliges Klaffen der Ampulle kann differentialdiagnostische Bedeutung besitzen. Gelegentlich kann auch bimanuelle Palpation — eventuell in Beckenhochlagerung — zur Klarstellung eines unsicheren Befundes in Frage kommen. Liegt der Verdacht auf eine Affektion des Enddarms vor, so ist die Digitalexploration des Rektums meist auch noch durch eine Prokto-Sigmoskopie zu ergänzen. Bezüglich der Technik und der Ergebnisse der

Prokto-Sigmoidoskopie sei hier im einzelnen auf meine „Prokto-Sigmoidoskopie“ 2. Auflage, Verlag Georg Thieme, Leipzig 1931, verwiesen. Mittels der Prokto-Sigmoidoskopie kann auch Material für die mikroskopische Untersuchung beschafft werden, so z. B. durch Abstriche zur Untersuchung auf Bakterien, Kokken, Amöben usw. oder durch Probeexzision zur histologischen Untersuchung diagnostisch unklarer Wucherungen.

Die Perkussion spielt für die Untersuchung von Darmkranken im allgemeinen eine nur relativ bescheidene Rolle. Immerhin kann sie zur Abgrenzung großer Hohlräume, so z. B. hinter Darmstenosen, zur Abgrenzung von soliden und zystischen Tumoren oder auch in Form der Klopfpalpation zur Feststellung von Schmerzzonen Dienste leisten.

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ist eine Stuhluntersuchung und in vielen Fällen auch noch eine Röntgenuntersuchung unerlässlich. In bestimmten Fällen können auch noch Magenuntersuchungen, Duodenalsondierungen, Blutuntersuchungen und eventuell auch Urinuntersuchungen erwünscht sein.

Die Koprooskopie hat in jedem Fall auf makroskopischem Wege und in vielen Fällen auch auf mikroskopischem und chemischem Wege zu erfolgen. Bei der makroskopischen Betrachtung ist nicht nur auf Form, Konsistenz, Farbe und Geruch, sondern auch auf abnorme Beimengungen, wie namentlich auf Schleim, Eiter und Blut zu achten. Dabei ist nicht bloß das Vorhandensein oder Fehlen solcher Beimengungen, sondern auch ihre Menge und die Art ihrer Vermengung mit dem Stuhl festzustellen. Es interessiert ferner auch ein abnormer Fettgehalt sowie das Fehlen von Galle und schließlich auch noch das Vorhandensein von Würmern, von Konkrementen und von grob sichtbaren Nahrungsresten (Lienterie). Zur genaueren Feststellung von abnormen Beimengungen erscheint oft die Benutzung eines Stuhlsiebes zweckmäßig. Die mikroskopische Untersuchung sucht genaueren Aufschluß über die Anwesenheit von abnorm reichlichen Nahrungsresten, ferner von Blut- und Eiterkörperchen, von Wurmeiern, von Mikroparasiten, von Charcot-Leydenschen Kristallen usw. zu gewinnen. In Fällen, in welchen die mikroskopische Untersuchung den Zweck hat, Ausnutzungsdefekte in der Verdauungsarbeit des Darms zu studieren, empfiehlt sich die Benutzung der „Probedarmdiät“. Bezüglich deren Ausführung sei gleichfalls auf die in Nr. 14 1931 dieser Zeitschrift gemachten Mitteilungen verwiesen. Allerdings wird bei der Untersuchung des Stuhls mittels Probedarmdiät nicht bloß die vom Darm geleistete Verdauungs- und Resorptionsarbeit, sondern gleichzeitig auch die Funktionsleistung des Pankreas und bis zu einem gewissen Grade auch der Galle studiert.

Chemische Untersuchungen können bei Verdacht auf eine Blutungsquelle im Darm oder in den mit ihm kommunizierenden Organen in Form

einer Untersuchung des Stuhls auf okkultes Blut in Frage kommen. Für solche Untersuchungen empfiehlt sich, zur Sicherheit zwei verschiedene Proben, d. h. die Benzidinprobe und die Pyridonprobe zu benutzen (vgl. meine Ausführungen in Nr. 14 1931 dieser Zeitschrift), und bei negativem Befund auch noch eine Untersuchung des Stuhls auf Hämatoporphyrin auszuführen. Für Untersuchungen auf okkultes Blut in den Fäzes sind stets eine mindestens dreitägige fleischfreie Vorperiode und Serienuntersuchungen nötig. Einzeluntersuchungen beweisen nicht viel. Da ferner auch Hämorrhoidalblut beigemischt sein kann, ist nicht bloß auf das Vorhandensein makroskopisch sichtbaren Blutes am Stuhle zu achten, sondern es sind stets auch die zur Untersuchung benutzten Fäkalpartikelchen aus dem Zentrum des Stuhls zu entnehmen. Von sonstigen chemischen Untersuchungen kann unter Umständen auch die Untersuchung des nach Probedarmdiät gewonnenen Probestuhls auf Nachgärung und Nachfäulnis mittels der „Brutschrankprobe“ in Frage kommen (s. Nr. 14 1931 dieser Zeitschrift).

Wenn, wie z. B. bei Diarrhöen, auch an die Möglichkeit einer gastrischen Entstehung des Leidens zu denken ist, so sind auch Magenuntersuchungen erforderlich. Wissen wir doch, daß nicht bloß Achylien, sondern auch Sturzentleerungen des Magens, so besonders nach Gastroenterostomie, zu chronischen oder wenigstens periodischen Diarrhöen Anlaß geben können. Besonders ominös sind manche Fälle von Fistula gastro-colica infolge eines peptischen Ulcus gastro-duodeno-colicum nach Gastroenterostomie. Ich habe auf das charakteristische Krankheitsbild der Fistula gastro-colica (abundante Diarrhöen mit Lienterie, fäkalantes Aufstoßen, fäkalantes Erbrechen, schwere Kachexie usw.) mehrfach aufmerksam gemacht. Ist Verdacht auf pankreatogenen Ursprung von Diarrhöen vorhanden, so ist nicht bloß auf die Charakteristica des Pankreasstuhls (Stearrhöe, Kreatorrhöe) zu achten, sondern es ist auch eine Untersuchung des mit der Duodenalsonde — eventuell nach Ätherreiz — gewonnenen Duodenalinhalts auf Pankreasenzyme — insbesondere Steapsin — notwendig. Für die Untersuchung auf Pankreasstörungen ist ferner eine Prüfung des Bluteserums auf atoxylresistente Lipase und des Urins auf einen vermehrten Diastasegehalt erforderlich.

Serologische Blutuntersuchungen können unter Umständen auch nach anderer Richtung, so z. B. zur Feststellung eines erhöhten Agglutinationstiter, so z. B. für Dysenterie, Paratyphusbazillen usw. oder zur Ausführung einer Wassermannreaktion der Diagnose einen Dienst leisten. Ebenso kann eine Beschleunigung der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit bei Verdacht auf malignen Tumor oder auf Darminfekt in Frage kommen. Jedoch ist hier nur ein positiver Befund und auch dieser nur in kritischer Benutzung im Zusammenhang mit anderen Symptomen einer Verwendung fähig. Auch der Nachweis eines erhöh-

ten Indikangehalts des Urins kann als Indikator für Stauungszustände im Dünndarm mit erhöhter Darmfäulnis verwandt werden. Andererseits kann ein erhöhter Urobilinogengehalt des Urins auf Defekte in der Leberleistung hinweisen.

Während die hier erörterten Untersuchungen von Stuhl, Mageninhalt und Urin vor allem in solchen Fällen in Frage kommen, in welchen der Verdacht einer Erkrankung in den oberen Darmwegen vorliegt und während sie auch bei diarrhoischen Zuständen häufiger angezeigt sind, als in anderen Fällen, kommt der Röntgenuntersuchung des Darms eine Bedeutung vor allem in denjenigen Fällen zu, in welchen der Verdacht auf eine Erkrankung des Dickdarms vorliegt. Dabei sehen wir hier von der hochwichtigen Röntgenuntersuchung des Duodenums als eines Grenzgebietes zwischen Magen und Darm ab. In denjenigen Fällen, in welchen mit der Möglichkeit eines stenosierenden Prozesses zu rechnen ist, kommt eine Röntgenuntersuchung zunächst nur in Form einer Irrigoskopie in Frage. In anderen Fällen, so z. B. zum Studium der Darmmotilität, zur Erforschung spastischer Zustände usw., ist aber die Füllung von oben die übliche. In beiden Fällen ist aber bei der Deutung von Röntgenbildern des Darms stets die Möglichkeit von Täuschungen im Auge zu behalten. Deshalb sind vor großen Darmoperationen, wenn irgendwie möglich, die Befunde zu wiederholen. Besonders vorsichtig sei man auch mit der Deutung von Röntgenbefunden am Wurmfortsatz, da hier nur eine Reihe von auf verschiedenartigen Wegen gewonnenen, aber in gleicher Richtung weisenden Befunden einer diagnostischen Verwendung fähig sind. Ebenso lasse man bei der Deutung von sogenannten Reliefbildern der Darmschleimhaut die nötige Kritik walten. Es gibt aber Veränderungen am Darm, die nur durch das Röntgenverfahren nachweisbar sind, so z. B. Divertikelbildungen. In bestimmten Fällen kann man auf eine vorhergehende Füllung des Darms mit schattengebender Substanz verzichten. So kann man z. B. bei Stenosen des Darms zuweilen durch Feststellung isolierter geblähter Schlingen oder durch den Nachweis sogenannter „horizontaler Spiegel“ wertvolle Orientierungen gewinnen. Selbstverständlich kann das Röntgenverfahren der Darmdiagnostik auch durch Aufdeckung von Magenstörungen als einer Ursache von Darmerkrankungen oder durch die Auffindung von in anderen Organen gelegenen Quellen eines Darmleidens, so z. B. von Uretersteinen bei Subileus, wertvolle Dienste leisten.

Überhaupt ergibt sich, wenn wir auf den im Anfang dieser Ausführungen enthaltenen Satz zurückkommen, daß gar mancher Fall von Darmerkrankung nur den Ausdruck eines außerhalb des Darms gelegenen Leidens darstellt, ganz allgemein die Forderung für die Beurteilung von Darmkranken auch die anderen Organe, speziell Herz, Lunge, Niere, Nervensystem einschließlich endokrinem Apparat, gründlich zu untersuchen.

Ist es doch bekannt, daß gerade der Darm in besonders engem Zusammenhang mit den verschiedensten Funktionen des Gesamtorganismus steht.

Geh. San.-Rat Prof. Dr. H. Strauß, Berlin W 50,
Budapester Str. 11.

Aus der Inneren Abteilung des Augusta-Hospitals zu Berlin.
Chefarzt: Prof. C. R. Schlayer.

2. Methodik der Magenuntersuchung.

Von

Dr. J. Olivet.

Zahlreiche Methoden der Magenuntersuchung sind im Laufe der vergangenen Jahrzehnte angegeben worden, Methoden, die sich besonders in der Zeit vor der Entwicklung der Röntgendiagnostik zum Ziel gesetzt hatten, tieferen Einblick in den Ablauf des Magengeschehens zu gewinnen und diagnostische Schwierigkeiten zu klären. Hier sind vor allem die verschiedenen Probemahlzeiten zu nennen, denen leicht auffindbare Speisen wie Rosinen, Korinthen, Fleisch und ähnliches beigemischt war. Der Patient wurde dann mehrere Stunden später oder auch morgens, wenn die Mahlzeit abends genommen war, ausgehebert. Aus dem Fehlen oder Vorhandensein von Speiseresten wurden Schlüsse auf die Entleerungsfähigkeit des Magens gezogen.

Es kann hier nicht die Aufgabe sein, alle im Laufe der Zeit angegebenen Methoden aufzuzählen. Vielmehr wollen wir nur die Untersuchungsarten angeben, wie sie heute in Praxis und Klinik noch Wert haben, in einer Zeit, da unter den Untersuchungsmethoden des Magens die Röntgendiagnostik die erste Stelle einnimmt.

Zwei Methoden sind es im wesentlichen, die von bleibender praktischer Bedeutung sind. Eine der ältesten und immer noch weitverbreiteten Untersuchungsarten ist das Ewald-Boassche Probefrühstück. Der Patient erhält nüchtern 50 g trockenes Weißbrot und 400 ccm (2 Tassen) Tee, nach 30—40 Minuten erfolgt die Ausheberung mittels Magen-sonde. Die Originalvorschrift verlangt Ausheberung erst nach 1 Stunde, doch ist nach unseren Erfahrungen in einer großen Zahl der Fälle der Magen um diese Zeit schon leer, so daß, um vergebliche Ausheberungen zu vermeiden, die Expression früher erfolgen sollte. Ja bisweilen ist selbst nach dieser Zeit von 30 bis 40 Minuten schon kein Mageninhalt mehr zu gewinnen. Dann empfiehlt sich die vorsichtige Anwendung eines größeren Saugballons, der auf den Magenschlauch aufgesetzt wird. Hiermit gelingt es in fast allen Fällen, doch noch genügend Magensaft zur Untersuchung zu erlangen.

Diese Methode nach Boas und Ewald hat den Vorzug größter Einfachheit. Ein nicht unerheblicher Nachteil ist die völlige Reizlosigkeit dieser Mahlzeit. Der Patient nimmt sein trockenes

Weißbrot mit Tee lustlos ein und auch auf die Magenschleimhaut wird weder durch das Weißbrot noch durch den Tee ein stärkerer Sekretionsreiz ausgeübt. Es fehlt also ein wesentliches Moment, das des Reizes, auch des psychischen, auf die Magensekretion, und so gibt es vielfach ein ganz falsches Bild über die wahre sekretorische Leistung des Magens. Mägen, die nach dieser Untersuchung scheinbar anazide sind, liefern einen völlig normalen Magensaft mittels anderer Probemahlzeiten.

So hat man nach wirksameren Saftlockern gesucht. Als erster hat Ehrmann angegeben, durch einen starken chemischen Reiz die Magensekretion anzuregen, er verwandte dazu 300 ccm einer 5 proz. Alkohollösung (Alkohol abs. 15,0 — Aqua dest. ad 300,0). Bereitet man sich die Lösung selbst, so werden 18 g reinen Alkohols (96 proz.) auf 300 ccm Wasser genommen. Ausheberung 30—40 Minuten nach Einnahme dieses Alkoholprobetrunks.

Später haben andere Autoren verschiedene mehr oder weniger stark magenreizende Stoffe verwandt; hier sei nur der Koffeintrank von Katsch und Kalk erwähnt (Coffein pur. 0,2; Aqua dest. ad 300,0). Der Alkoholprobetrunk hat vielerlei Vorzüge vor ähnlichen Untersuchungsmethoden, abgesehen davon, daß er im allgemeinen besonders von Männern gern genommen wird und damit auch eine günstige psychische Wirkung auf die Magensekretion erzielt wird, bildet er in der gewählten Verdünnung von 5 Proz. einen kräftigen Sekretionsreiz für die Magenschleimhaut, so daß auf diese Weise am besten Einblick in die wahre sekretorische Leistung des Magens erlangt wird. Da wo der Trank ungenommen wird, kann er durch die zuvor eingeführte Duodenalsonde eingeführt werden. Ein weiterer Vorteil liegt in der Indifferenz des Alkohols gegenüber dem Mageninhalt. Während eiweißhaltige Stoffe, wozu auch das Weißbrot zu rechnen ist, einen Teil der HCl absorbieren und zudem den Magensaft trüben und undurchsichtig machen, erhält man nach Alkoholprobetrunk unveränderten Mageninhalt, so daß Beimengungen wie Schleim, Fett, Blut sehr viel leichter erkannt werden können.

Besonders für sensible Patienten bedeutet die Ausheberung mit dem dicken Magenschlauch einen nicht unerheblichen Schock, der Alkoholprobetrunk gestattet Ausheberung mit einem sehr viel dünneren Schlauch, am besten wird dazu eine Duodenalsonde verwandt, die wir gern auch als Sonde durch die Nase geben, um den meist so empfindlichen Rachenring zu umgehen, ein Vorgehen, das von vielen Patienten dankbar begrüßt wird. Dann wird mit einer 10- oder 20-ccm-Spritze der Mageninhalt aspiriert. Man entleert zweckmäßig den gesamten Mageninhalt und kann aus der so gewonnenen Menge von Magensaft auch gewisse Schlüsse auf die Motilität machen.

Nicht in allen Fällen gibt die einmalige Ausheberung befriedigenden Aufschluß über die wahre

Arbeit des Magens. Schon das Moment der Erwartung einer oft neuen und gefürchteten Untersuchungsmethode beeinflusst den Kranken und den Ablauf seiner vegetativen Funktionen erheblich, und zwar ist unter solchen Umständen häufig eine Hemmung der Magensekretion zu beobachten. In solchen Fällen hat sich das folgende Vorgehen bewährt: 2—4 Stunden nach einer anregenden Hauptmahlzeit wird der Patient überraschend ausgehebert. Nicht selten werden auf diese Weise Magensäurewerte gefunden, die weit höher als die des gewöhnlichen Probefrühstücks liegen.

Eine weitere Möglichkeit, der Norm entsprechende Säurewerte zu erlangen, bietet die Verweilsonde. Die früher auf diese Untersuchungsmethode gesetzten großen Erwartungen haben sich nicht erfüllt. Immerhin gestattet sie in einer kleineren Zahl von Fällen, den verzögerten Anstieg der Aziditätskurve mit dem Gipfel erst nach Ablauf einer Stunde oder noch später zu erkennen, wie es bei Ulcus duodeni beobachtet wird, sie gestattet auch, die Entwicklung geringer Säuresekretion bei anfangs anaziden Mägen festzustellen. Mit Recht wird betont, daß der Aufwand an Zeit (die Sonde bleibt 90—120 Minuten liegen) und die dadurch bedingte Belästigung des Patienten nicht im Einklang stehen mit dem Ergebnis, das schließlich gewonnen wird. Ebenso hat der Zusatz von Methylenblau zum Probetrunk zur Erkennung der Verweildauer im Magen für den Praktiker keinen besonderen Wert. Wenn wir diese fraktionierte Magensondierung durchführen, so wird sie fast immer mit einer Sondierung des Duodenums zur Untersuchung der Gallensekretion kombiniert, d. h. die Verweilsonde mit fraktionierter Ausheberung kommt nur da in Anwendung, wo eine Untersuchung der Gallenwege ebenfalls erwünscht oder notwendig ist.

Ein Wort noch zur Histaminprobe. Durch Injektion von $\frac{1}{2}$ mg Histamin wird eine starke Magensaftsekretion hervorgerufen. Die Methode soll da zur Anwendung kommen, wo mit den üblichen Methoden keine Magensäure mehr gefunden wurde, und wo die Feststellung einer echten Achylie von diagnostischem Wert sein kann, wie bei der perniziösen Anämie. Da die Einspritzung einer solchen Menge Histamin nicht bedeutungslos (Herzklopfen und Schweißausbruch) für den Kranken ist, wird diese Methode vielfach mit Recht abgelehnt (Ehrmann). Vollends verliert diese Probe an Wert, wenn wir erfahren, daß es Wittkower gelang bei 2 normaziden Patienten unter Affektwirkung (Suggestion von Trauer) ein völliges Versiegen der Magensekretion zu beobachten, und daß diese an sich normaziden Mägen auch auf Histaminreiz keine freie Salzsäure ausschieden!

Während man lange Zeit der Ansicht war, bei bestimmten Krankheiten auch bestimmte Magensekretionsverhältnisse zu finden, so ist man in den letzten Jahren immer mehr zu der Einsicht gelangt, daß Gesetzmäßigkeiten dieser Art nur sehr vage sind. So schließt ein normaler Magensaft

keinesfalls ein Karzinom aus, ebensowenig wie Subazidität gegen ein Ulkus spricht. Schließlich bedingen nicht selten Erkrankungen der Gallenblase oder des Darms wie Ruhr eine starke Herabsetzung der Magensekretion bis zur Achylie. Der Wert der Magensaftuntersuchung hat mit fortschreitender Vervollkommnung der Röntgentechnik an Wert eingebüßt, so daß wir in einer ganzen Reihe von Fällen auf diese für den Kranken nicht sehr sympathische Untersuchungsmethode verzichten, auch da, wo sie vor wenigen Jahren noch unbedingt zur Anwendung gekommen wäre.

Warum wir in der Bewertung dieser ganzen Dinge soviel vorsichtiger geworden sind, erhellt aus dem Gesagten. Das psychische Moment spielt eine so große Rolle, daß eine Superazidität rein psychisch bedingte Achylie vorzutäuschen vermag, das geht wieder mit aller Deutlichkeit auch aus den neuen Versuchen von Wittkower hervor. Es ist darum doppelte Zurückhaltung in der Bewertung der Ausheberungsergebnisse überall da am Platze, wo das klinische Bild der Superazidität zusammentrifft mit einer durch Probefrühstück festgestellten Achylie. Unter diesen Umständen ist es geradezu als Fehler zu bezeichnen, aus einer einmaligen Untersuchung des Magensaftes weitgehende Schlüsse zu ziehen. Und doch erleben wir so häufig die Tatsache, daß ein Arzt eine Übersäuerung des Magens, der andere eine Achylie beim gleichen Patienten festgestellt hat und jeder die entsprechende naturgemäß nicht selten ganz entgegengesetzte Therapie darauf aufbaut hat, zum Mißvergnügen des Kranken. Daß dies das Zutrauen zum ärztlichen Können nicht vermehrt, ist klar.

Das Klinische muß auch Führer bleiben, um vor übereilter, dem Kranken abträglicher Therapie zu warnen. Einmalige Untersuchungsergebnisse sollen stets nur mit großer Vorsicht gewertet werden und nur da als Fundament der Diagnose und Therapie gelten, wo sich die Laboratoriumsbefunde zwanglos in das klinische Bild fügen.

Eine einseitige Überwertung der Magenuntersuchungsmethoden, wie eine Zeitlang in natürlicher Entwicklung der Dinge üblich war, ist heute nicht mehr erlaubt.

Literatur: Ehrmann und Dinkin, Neue deutsche Klinik VI 1930. Katsch im Hdb. d. inneren Medizin. Herausgegeben von v. Bergmann und Staehelin II. Auflage, Bd. III, 1926. Wittkower, Klin. Wschr. 1931, 1811.

Dr. Olivet, Berlin NW 40, Scharnhorststr. 3, Augusta-Hospital.

3. Viszerale Gicht.

Von

Prof. Dr. F. Gudzent in Berlin.

Die Gicht der inneren Organe oder der Eingeweide ist von jeher ein heiß umstrittenes Kapitel der Medizin. Da Krankheitserscheinungen, die nur der Gicht als solcher eignen, bisher nicht bekannt

sind, wird es verständlich, wenn die Ansichten der Autoren über ihre Bedingtheit voneinander abweichen. Der große Klassiker der Gicht Sydenham (1624—1689) kennt nur eine einzige Krankheitsform. Sie ist gekennzeichnet lediglich durch die Anfälle in den Gelenken. Unter diesem Gesichtspunkt schildert er die verschiedenen Verlaufsformen und die Auswirkungen einerseits auf den Gesamtorganismus und andererseits auf die verschiedenen Organe. Spätere Autoren haben vielfach diesen Standpunkt verlassen. Sie entwickelten zumal unter dem Einfluß des von Garrod in der Medizin aufgerollten Harnsäureproblems, die Anschauung, daß es neben der von Sydenham geschilderten Gicht noch Formen gibt, die ohne akute Anfälle verlaufen und sich lediglich durch Krankheitserscheinungen an den inneren Organen dokumentieren.

Unter anderen Autoren war es Charcot, der neben einer regulären Gelenkgicht eine viszerale Gicht unterschied. Die letztere trennte er in die larvierte Gicht, die sich durch Affektionen der Eingeweide verrät, welche den typischen Fällen der Gelenkgicht vorausgehen und lange Zeit die einzige Äußerung der Diathese bilden und die zurückgetretene Gicht, bei welcher die viszerale Erkrankung den Gelenkaffektionen zu folgen pflegen.

Aber schon Minkowski folgt ihm nur sehr mit Einschränkung und Ebstein lehnt Charcots Auffassung ab. Dafür schuf er eine andere Form der Gicht, die primäre Nierengicht, welche als besonderes Krankheitsbild neben der primären Gelenkgicht bestehen soll.

Goldscheider gab dem alten Streit neue Nahrung, indem er den Begriff der irregulären und viszerale Gicht, von ihm atypische Gicht genannt, außerordentlich erweiterte. Auch ohne daß akute Anfälle beobachtet werden, darf nach ihm Gicht angenommen werden, wenn eine Reihe klinischer Zeichen, wie fühlbare Knötchen, Knirschen in den Gelenken, morgendliche Steifigkeit der Gliedmaßen und andere Symptome vorhanden sind.

Andere Autoren, wie Brugsch, Schittenhelm, Lichtwitz, Tannhauser sind in ihren Auffassungen über die viszerale Gicht schwankend und keinesfalls übereinstimmend. Das gilt auch von ausländischen Autoren.

So erscheint das Problem der viszerale Gicht geradezu hoffnungslos. Dazu kommt, daß die chemisch experimentelle Epoche der Gichtforschung, die das Harnsäureproblem umschließt, die Kenntnis vom Wesen der Krankheit zwar ungemein gefördert, aber nicht nur zur Vernachlässigung der Beobachtung am Krankenbett sondern auch mancherorts unter dem Einfluß bestimmter theoretischer Vorstellungen, die sich aus gewissen experimentellen Befunden ergaben, zur Umbiegung und Verwässerung des Krankheitsbildes geführt hat.

Wollen wir uns aus diesem Gestrüpp von Widersprüchen und Unklarheiten befreien, so müssen wir schonungslos alles Unsichere und Unbeweisbare abstoßen, wieder an das Krankheitsbild, wie es uns

Sydenham überliefert hat, anknüpfen und durch neue klinische Beobachtungen festzustellen versuchen, inwieweit der Begriff der viszeralen Gicht noch zu Recht besteht.

Das Problem läßt sich durch das Studium folgender zwei Fragen einigermaßen klären:

1. Gibt es gichtische Krankheitsformen ohne akute Anfälle?
2. Woran stirbt der Gichtkranke?

In meinem Buch über „Gicht und Rheumatismus“ habe ich auf breiterem Raume die Ergebnisse meiner Beobachtungen erörtert. Hier sei in Kürze folgendes gesagt:

Es ist nicht angängig, aus klinischen Begleitsymptomen, die vielen anderen Krankheiten eigen sind, auf Gicht zu schließen, wenn die Kardinalsymptome, wie der akute Anfall oder die Tophusbildung fehlen. Auch ist der Nachweis vermehrter Harnsäure im Blut allein nicht hinreichend, weil der Blutspiegel bei der Gicht nicht immer erhöht ist und andererseits auch bei manchen anderen Krankheiten erhöhte Werte gefunden werden. Ebensovienig beweisend ist die Bestimmung des Verhältnisses der im Urin ausgeschiedenen Harnsäure zu anderen stickstoffhaltigen Stoffen.

Bei dieser scharfen kritischen Einstellung kann ich nur für einige wenige meiner Patienten, deren Krankengeschichte ich in meinem Buch mitgeteilt habe, das Bestehen einer Gicht ohne akute Anfälle gelten lassen. Sie sind klinisch gekennzeichnet durch atypische Gelenkschwellungen und Gelenkdeformationen, durch Schmerzen in den Gelenken, den Schleimbeuteln, Sehenscheiden, in den Muskeln (Muskelrheuma) und Nerven (Neuralgien, Ischias). Die Diagnose sichert der Nachweis eines Harnsäuretophus (Knötchen nicht beweisend!) oder die Beobachtung eines zu irgendeiner Zeit auftretender akuter Gichtanfall. Mit dieser Feststellung bleibt aber die Frage der Mitbeteiligung anderer Organe an der Gicht noch offen. Folgen wir manchen Lehr- und Handbüchern, so gibt es kaum ein inneres Organ, dessen funktionelle oder organische Erkrankung nicht irgendwie mit der Gichtkrankheit in Zusammenhang gebracht worden ist. Meine eigenen Beobachtungen ließen mich schon frühzeitig an der Richtigkeit dieser Angabe zweifeln.

Ich habe deshalb den Versuch gemacht, zu einem exakten Wissen zu gelangen durch das Studium der Frage, woran eigentlich die Gichtkranken sterben. Hierbei zog ich zur Ergänzung eigener Beobachtung 77 Sektionsfälle der Charité heran und kam zu dem Ergebnis, daß ausnahmslos als führende und sogar fast immer als einzige Erkrankung eine Sklerose und Atheromatose der Blutgefäße, sei es an der Niere, sei es an den Gefäßen und am Herzen oder an beiden Organsystemen zugleich gefunden wird. Dabei ließ sich zeigen, daß die Prognose quoad vitam bei unseren Gichtkranken im wesentlichen von der Beteiligung der Blutgefäße der Nieren abhing. Sie starben alle frühzeitig an Schrumpfniere, während bei Nichtbeteiligung der Niere ein höheres

Lebensalter — bis zu 80 Jahren — erreicht wurde. Ohne auf Einzelheiten und Besonderheiten hierorts näher einzugehen, sei gesagt, daß damit die von Ebstein aufgestellte Sonderform der Gicht, die Nierengicht, die in einigen Lehr- und Handbüchern fortlebt, sich als Teilsymptom einreicht in die allgemeine gichtische Gefäßsklerose.

Gleich wichtig erschien mir weiterhin die Überprüfung meiner Aufzeichnungen bei etwa 200 Gichtkranken hinsichtlich der bei ihnen beobachteten viszeralen Krankheitserscheinungen außerhalb akuter Anfälle. Die kritische Sichtung ergab, daß die Erscheinungen fast ausschließlich auf Funktionsstörungen von Herz und Blutgefäßen, vor allem jener der Nieren zurückzuführen waren. Es deckten sich also die Befunde durchaus mit den pathologisch-anatomischen Ergebnissen.

Da gerade diese Erscheinungen vom Arzt höchste Aufmerksamkeit erfordern, seien sie kurz wiedergegeben:

Gichtkranke in jüngeren Jahren haben bis auf wenige Ausnahmen überhaupt keine Erscheinungen an Herz und Gefäßen. Unter meinen Patienten habe ich nur bei etwa 3—4 Proz. feststellen können, daß sie vor dem akuten Anfall und in ihm allerlei Sensationen am Herzen beobachten, wie Herzklopfen, Extrasystolien und Beklemmungs- und Angstgefühl. Paroxysmale Tachykardien, von denen berichtet wird, habe ich niemals im jüngeren Alter gesehen.

— Eine nicht ganz geringe Zahl von Gichtkranken bleibt auch bis ins höhere Alter von Herzbeschwerden verschont. Viele sterben an interkurrenten Krankheiten, ohne je Herzbeschwerden gehabt zu haben.

Bei einem anderen, dem größeren Teil, ändert sich aber das Bild mit fortschreitendem Lebensalter.

Zwar wird auch hier der akute Anfall selten von besonderen Herzsensationen begleitet, wie es ja überhaupt nicht bekannt ist, daß ein Gichtkranke im akuten Gichtanfall und als Folge davon plötzlich gestorben ist. Aber es tritt bei Anstrengungen nicht besonderer Art Dyspnoe auf; häufige Beschwerden sind Druck über der Brust, Druck im Kopf und Kopfschmerzen, Angstgefühl, Schlafstörung, Erschöpfungsgefühl.

Als erster objektiver Befund, der die Erscheinungen erklärt, wird dann eine Blutdrucksteigerung mit mäßiger Hypertrophie des Herzens festgestellt und bei einem Teil der Patienten bereits Albumen im Urin.

In diesem Zeitpunkt kann sich bereits dem kundigen Arzt das Schicksal des Gichtkranken offenbaren.

Findet er konstant Eiweiß im Urin, womöglich mit Zylindern, so liegt bereits eine Nierenerkrankung vor. Diese Nierenerkrankung nimmt nun einen Verlauf, wie er sich in keiner Weise unterscheidet von jenem der arteriosklerotischen Schrumpfniere. Sie macht keine besonderen Erscheinungen, solange sie suffizient ist. In einer großen Reihe von Fällen, vielleicht

bei den meisten, tritt diese Erkrankung erst im höheren Alter auf und bleibt so auf die Lebenserwartung von nicht allzu großem Einfluß; aber auch bei jüngeren Patienten kann sie einen so gutartigen und langhinziehenden Verlauf nehmen, daß das Leben nicht wesentlich verkürzt zu werden braucht.

Bei einem anderen Teil aber, glücklicherweise dem geringeren, schreitet die Nierensklerose fort und kommt bald in das Stadium der Insuffizienz mit präurämischen Erscheinungen. Der Blutdruck ist konstant hoch, der Konzentrations- und Verdünnungsversuch ergeben Störungen, der Reststickstoff ist oft erhöht. In dieser Zeit steigt auch der Harnsäuregehalt im Blute über seinen früheren Wert an, der, wie wir heute wissen, bei der Gicht nicht immer erhöht zu sein braucht. Merkwürdig ist die von mir wiederholt gemachte Beobachtung, daß die akuten Anfälle sich in diesem Stadium nicht häufen. Dagegen wuchsen und vermehrten sich häufig die Tophi, die dann durch ihre Massigkeit außerordentlich imponierten. Durch die Nierenerkrankung nähern sich offenbar die Verhältnisse den experimentell studierten Bedingungen bei Ureterenunterbindung oder Schädigung der Niere durch chromsaure Salze, wobei es zu ausgedehnten Ablagerungen von Urat kommt.

Von einem bestimmten Zeitpunkt ab, der nun auch wieder sich mehr oder weniger lang hinauschieben kann, treten verstärkte Erscheinungen der Urämie auf, der der Patient schließlich erliegt. Von den in der Charité zur Sektion gekommenen 38 typischen Gichtfällen, die nicht an interkurrenten Krankheiten zugrunde gingen, starben 16 an den Folgen der gichtischen Nierenerkrankung. Hiervon überschritten nur 5 das 55. Lebensjahr. Die gichtische Nierenerkrankung stellt also den prognostisch ungünstigsten Verlauf der Gichtkrankheit überhaupt dar.

Bei einem anderen Teil der Patienten machen sich klinische Erscheinungen bemerkbar, die auf eine fortschreitende Sklerose der Körpergefäße hindeuten. Hier stehen Kopfschmerzen, Schwindel und allerlei nervöse Erscheinungen im Vordergrund. Die klinischen Erscheinungen einer etwa vorhandenen Nierenerkrankung treten zurück. Aber der Blutdruck kann auch hier sehr hohe Werte aufweisen. Der Zustand kann mit wechselnder Intensität sich jahrelang hinziehen. Dann zeigen sich aber bei einigen Gichtkranken Erscheinungen von Herzinsuffizienz: Dyspnoe, Leberschwellung, Ödeme und andere Zeichen. Objektiv findet sich Erweiterung des Herzens, manchmal mehr vom Aorten-, manchmal auch vom Mitraltyp. Es gelingt häufig durch eine geeignete Herztherapie die Insuffizienz, manchmal für viele Jahre, zu beseitigen, aber schließlich führt sie den Exitus herbei.

Ein anderer Teil geht plötzlich an Apoplexie zugrunde. Meine Charitéstatistik ergibt

unter 38 Fällen 22 Todesfälle an Herz- und Gefäßkrankungen, davon zwei an Apoplexie.

Bei einer nicht zu kleinen Zahl nimmt aber auch die Gefäßsklerose einen so gutartigen und langhinzuzogenen Verlauf, daß die Grenze der normalen Lebensdauer erreicht wird. So wurden unter meinen Charitéfällen 11 über 65 Jahre alt, darunter 4 zwischen 75 und 84 Jahren.

An anderen Organen kennt die pathologische Anatomie keine spezifisch gichtischen Veränderungen. Krankheitsercheinungen an diesen, insbesondere Magen-Darmstörungen, lassen sich als Begleiterscheinungen akuter fieberhafter Anfälle deuten oder sind ursächlich durch die Gefäßsklerose bedingt. Andere beschriebene Leiden sind als zufällige Parallelerkrankungen aufzufassen. Es ist zu häufig übersehen worden, daß auch die Gichtkranken an Pneumonie, an Magen-Darmstörungen, an Gallen-, Nieren-, Blasensteinbildungen usw. erkranken können, ohne daß dabei ein Zusammenhang mit der Gicht zu bestehen braucht.

Die viszerale Gicht ist somit im wesentlichen eine durch die gichtische Noxe bedingte Sklerose der Kreislauforgane und der Nieren.

Diese Sklerose läßt aber in ihrem morphologischen Aufbau nichts Spezifisches für die Gicht erkennen. Es darf der Arzt also nur dann bei den geschilderten Krankheitsercheinungen auf Gicht schließen, wenn durch sicher beobachtete akute Anfälle und durch Ablagerungen von Natriumurat die Diagnose Gicht gesichert ist. Ohne diese Zeichen bleibt die Annahme einer viszeralen Gicht eine Willkürlichkeit, für die in der wissenschaftlichen Medizin kein Raum sein sollte.

Prof. Dr. Gudzent, Berlin-Grunewald, Winklerstr. 1.

Aus dem Physiologischen Institut der Universität Marburg.
Direktor: Prof. Dr. R. Dittler.

4. Die Bedeutung der Milz für den menschlichen Stoffwechsel nach dem Stande der neuesten Forschungen.

Von

Priv.-Doz. Dr. O. Flößner.

Beobachtungen der letzten Jahre über die Funktionen der Milz haben das Organ, dessen Bedeutung oft umstritten war, mehr in den Vordergrund des biologischen Geschehens gerückt und ihm Leistungen zugesprochen, die sonst bisher nirgends im Organismus beobachtet oder vermutet waren. Daß die Milz beim Menschen kein lebenswichtiges Organ darstellt, zeigen klar die Fälle, bei denen wegen Erkrankung der Milz oder auch des Blutes jene extirpiert worden war und die betreffenden milzlosen Menschen noch jahrelang nach der Operation ohne Störungen lebten. Wenn sonst die Ansicht über die Milzfunktionen schwankten, die Tatsache der Entbehrlichkeit des Organs ohne

Schädigungen des ganzen Körpers stand fest; sie war auch schon Paracelsus hinreichend bekannt. Unter solchen Umständen war es daher schwer, Funktionen der Milz aufzufinden, da nach der Exstirpation sofort die hypertrophierenden Lymphdrüsen frühere Aufgaben der Milz in gewissem Umfang übernahmen.

Mit Sicherheit wurden seither folgende Funktionen als Organleistungen festgestellt: die Milz produziert Leukozyten; sie zerstört Erythrozyten oder verändert wenigstens dieselben und bereitet sie so für den endgültigen Abbau in der Leber vor. Im Zusammenhang damit speichert sie das hierbei aus dem Blutfarbstoff freierwerbende Eisen. Hinzu kommen noch Antikörperbildung und Filtertätigkeit bei Infektionskrankheiten.

Diesen Funktionen sind nun durch die neueren Forschungen noch andere Leistungen zugefügt worden, so daß ein Bild vielseitiger Organtätigkeit entstanden ist.

An die Spitze der Betrachtungen sei die Funktion der Milz gestellt, die mit dem Gasstoffwechsel des Blutes in enger Beziehung steht. Der englische Physiologe Barcroft, an dessen Namen diese neuen Kenntnisse zum Teil geknüpft sind, fand gelegentlich einer Forschungsreise nach Südamerika bei sich und seinen Mitarbeitern eine Zunahme des Blutvolumens und des Hämoglobins, die am ausgesprochensten in den heißen Gegenden Zentralamerikas war und die in den kühleren Zonen wieder zur Norm zurückging. Die Zunahme des Blutvolumens war nun weniger in einer Vermehrung des Wassergehaltes als vielmehr in einer Zunahme des Hämoglobins begründet. Es mußte also in diesem Fall ein Organ im menschlichen Körper vorhanden sein, das den Zustrom von Blutflüssigkeit und besonders von Blutkörperchen in den allgemeinen Blutkreislauf gerade bei Zunahme der Außentemperatur regulierte. Als dieses Organ wurde die Milz ermittelt.

Wie vollbringt nun die Milz, die beim Menschen nur wenig über 100 g wiegt, solche großen Leistungen, die für den geregelten Ablauf der allgemeinen und speziellen Stoffwechselforgänge des Körpers von Wichtigkeit sind? Zur Funktionserhaltung weist das Organ zunächst bestimmte morphologische Besonderheiten auf. Zwischen den beiden Kapillargebieten der arteriellen und venösen Blutbahn ist retikuläres Parenchymgewebe eingeschaltet; infolge dieser Kontinuitätsunterbrechung des Gefäßsystems ist die Blutströmung in der Milz langsamer als in den übrigen Gefäßen des Körpers, und das Blut selbst befindet sich in den großen Venensinus ziemlich außerhalb des Kreislaufes, unterliegt also nicht so rasch Einflüssen, die den Gesamtkreislauf betreffen. Die Milz besitzt ferner in ihrer Kapsel glatte Muskelfasern, deren Kontraktionen das Organvolumen bis auf $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{3}$, ja sogar auf $\frac{1}{6}$ der ursprünglichen Größe verkleinern können. Größe und Form wie auch in gewissem Sinn Konsistenz der Milz hängen also vom Kontraktionszustand

jener Muskeln ab. Kontraktionen treten nun nicht etwa rythmisch wechselnd auf wie peristaltische Bewegungen, sondern werden nur unter besonderen Bedingungen durch bestimmte Reize ausgelöst, während Chloroform sie aufhebt. Beherrscht werden diese Volumenschwankungen der Milz durch nervöse Einflüsse, die über den Splanchnikus verlaufen. So erhält dieser wichtige Eingeweidenerv hier neue Bedeutung. Im Experiment bewirkt gleichzeitige Reizung von Splanchnikus und Vagus eine rein sympathische Wirkung, also Volumenverkleinerung. Nur in den Erfolgsvorgang greift die Vagusreizung zeitlich kürzend ein. Die Milzkontraktionen haben nun zur Folge, daß das Blut aus dem weichen, blutreichen Organ ausgepreßt wird. Das ausgeschiedene Milzblut ist besonders reich an Erythrozyten; sein Hämoglobingehalt beträgt im Durchschnitt 115 Proz. von dem in den übrigen Gefäßen vorhandenen. Dadurch wird dem Körper Sauerstoff in vermehrter Menge im Kreislauf zugeführt.

Eine Reihe von Faktoren, die auch im täglichen Leben eine große Rolle spielen, bedingen eine ausgesprochene Verkleinerung des Milzvolumens. Vor allem körperliche Arbeit und Blutentzug führen beim Menschen rasch zur Verkleinerung der Milz und damit zur Ausschüttung ihres Blutvorrates. Psychische Erregungen, Hunger, Inkrete wirken in ähnlicher Weise.

Die Reserve an Blut in der Milz ist recht beträchtlich, sie kann den 6. Teil und noch mehr des gesamten kreisenden Blutes ausmachen. Ein Aderlaß von 100 ccm führt durch diese Mobilisierung beim Menschen überhaupt nicht zu einer Abnahme des Blutvolumens, vielmehr kann die so verlorene Menge ohne weiteres durch den Milzblutvorrat ausgeglichen werden; in Wirklichkeit wird in solchen Fällen ja auch ohne weiteres aus den Geweben Flüssigkeit an das Blut abgegeben, doch bewirkt diese eine Blutverdünnung im Gegensatz zu dem Milzblut, das durch seinen höheren Hämoglobingehalt eher eine stärkere Konzentration herbeiführt. Auf Reizung des Depressor-Vagusstumpfes hin erweitert sich im Experiment die Milz, ihr Volumen nimmt zu, der Blutgehalt steigt. Für die Kreislaufdynamik ist diese Tatsache von Bedeutung, da also auch unter pathologischen Bedingungen die Milz durch Nerveneinfluß erweitert werden kann und damit das Herz schon ohne Stauungswirkung wesentlich entlasten kann.

Die Fähigkeit der Milz, Blut zu „stapeln“, ist auch bei Vergiftungen, z. B. mit Kohlenoxyd, von großer Bedeutung. Da infolge des anatomischen Baues der Milzgefäße das Blut in ihnen gleichsam wie in einer abgeschiedenen Bucht stagnieren kann, ist die Verbindung des Blutfarbstoffes mit dem giftigen Kohlenoxyd erst einige Zeit später im Milzblut nachweisbar als im Blut anderer Gefäße. Umgekehrt ist bei Aufenthalt in reiner Luft nach der Kohlenoxydvergiftung Kohlenoxydhämoglobin im Milzblut noch vorhanden zu einer Zeit, wo es im übrigen Blut bereits verschwunden ist. Auch

Grippe

Zur Behandlung
und Prophylaxe

Cardiazol-Chinin- *Bohnen / Ampullen*

O.-P. mit 20 Bohnen (RM. 1.90).
2-3 mal täglich 2-3 Bohnen.

O.-P. mit 5 Ampullen (RM. 2.35).
Bei Bedarf, ev. mehrmals tägl.,
1 Ampulle, am besten intra-
muskulär.

Gegen Husten

Dicodid-Tabletten wirksamer und billiger als Codein.

*Bei Bronchitis,
Grippepneumonie*

Cardiazol-Dicodid- **Tropfen.**

KNOLL A.-G., Ludwigshafen a. Rh.



Dumex-Salbe

Giftfreie karbonisierte Blei-Kampfersäureester-Verb., Extr. hamam.

In Tuben
**1. Das überragende
Haemorrhoidalmittel
mit Vollwirkung**

Orig.-TUBE mit Kanüle M. 1,75; Ersatztube M. 1,50. Kassenpackung M. 1,60 u. M. 1,35

In Schachteln
**2. Spezialsalbe
bei Beinleiden
und allgemeiner Wundtherapie**

Orig.-Schachtel 20 g M. 0,60; 60 g M. 1,35; 150 g M. 2,50. Kassenpack. M. 0,50 u. M. 1,15

In Ovalform
**3. Höchstwirkendes
Fluorpräparat
zur Utero-Vaginalbehandlung**

Orig.-Schachtel 6 Stück M. 1,50; 1 Dtz. M. 2,70. Kassenpackung 6 Stück M. 1,35

Laboratorium Miros, Dr. K. & H. Seyler, Berlin NO 18

Wissenschaftlich anerkanntes
Spitzenpräparat!

Nachgewiesen durch Vergleichsversuche
mit bekannten Haemorrhoidalmitteln
durchgeführt von Dr. Thom, (Inn. Abteilung) der
Chirurg. Univ.-Poliklinik Berlin

Entzündungswidrig
Juckreizbeseitigend
Schmerzlindernd
Blutstillend

Stuhlerweichendes Gleitmittel.

**Ulcus cruris, Decubitus, Intertrigo,
Combustio, Dermatitis, Urticaria,
Pruritus aller Art, nässende Ekzeme.**

Phlebitis und Thrombosen

Literatur: O. Köster, II. Universitäts-Klinik für
Frauenkrankheiten und Geburtshilfe, München.
„Münchener mediz. Wochenschrift“ 1931, Nr. 40.

Rasch austrocknendes und desodorisierendes Mittel bei
Scheidenfluß. Beseitigt schnell Entzündungszustände der
Schleimhaut, insbesondere auch Juckreize und Brennen.

**Bei Erosionen, Schwellungen, Vaginitis,
Katarrhen, Haemorrhoiden, Prostatitis.
Nach Geburt, Operation, Ätzung, Bestrahlung.**

Literatur: Herm. Fink, Universitäts-Frauenklinik Leipzig.
„Der praktische Arzt“ 1929, Heft Nr. 8.

Reichhaltige Literatur und Proben bereitwilligst.
Wirtschaftliche Kassenpräparate.



Dolorsan

Analgetikum von eigenartig schneller, durchschlagender
u. nachhaltiger Jod- u. Kampferwirkung

Große Tiefenwirkung!

JOHANN G. W. OPFERMANN, KÖLN

Aegrosan

Schnelle und durchschlagende

Eisen- und Kalkwirkung

ohne Verdauungsstörungen

JOHANN G. W. OPFERMANN, KÖLN

Anginasin

Spezifikum gegen

Angina!

JOHANN G. W. OPFERMANN, KÖLN

Laryngsan

Vorzüglich bewährt bei Erkältungskrankheiten:

Husten, Schnupfen, **Grippe**
Bronchialkatarrh,

JOHANN G. W. OPFERMANN, KÖLN

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

hierdurch ist die Funktion der Milz, als Blutreservoir zu dienen, gut gekennzeichnet.

Entsprechend diesem Regulationsmechanismus der Milz im allgemeinen Stoffwechsel schien es darum verwunderlich, daß der Exstirpation des Organs stets Folgen abgesprochen wurden. Die neuesten Beobachtungen haben indessen auch hier Abweichungen verschiedenster Art gebracht, die vor allem wohl als Zeichen des Ausfalls der Stoffwechselfunktion der Milz gedeutet werden können. Die Entfernung der Milz bewirkt eine erhöhte Eisenausscheidung durch den Kot, die von der Ernährung unabhängig ist; gleichzeitig steigt der Eisengehalt von Leber und Niere. Die Milz hat also nicht nur als Speicherungsorgan für das Eisen zu gelten, sondern sie reguliert auch den gesamten Eisenstoffwechsel. Ist die Nahrung reich an Eisen, so tritt nach der Entmilzung keine Änderung der Erythrozyten ein, bei eisenarmer Nahrung dagegen findet eine Abnahme der roten Blutkörperchen und des Hämoglobins statt. Bei Blutverlusten ist die Regeneration der Erythrozyten in dem milzlosen Körper verzögert. Stets ist jedoch eine Zunahme der Leukozyten vorhanden. Die Beeinflussung der Blutkörperchenzahl bedingt auch eine Abnahme der Gallenfarbstoffausscheidung, die roten Blutkörperchen können nur noch in der Leber abgebaut werden, ihre Zerlegung, bzw. „Vorverdauung“ durch die Milz für die späteren Leberangriffe fällt weg. Hieraus erklärt sich auch die gute Wirkung der Milzentfernung beim hämolytischen Ikterus. Da nun die Milz im Durchströmungsversuch Bilirubin bildet, gewinnen jene Beobachtungen durch die letzthin hier dargelegten Erörterungen über die extrahepatische Gallenfarbstoffbildung neue Bedeutung.

Darüber hinaus bedingt die Milzexstirpation eine erhöhte Empfindlichkeit gegen Sauerstoffmangel und gegen Vergiftungen. Wie wir oben sahen, fehlt eben jetzt der Kompensationsmechanismus, durch den aus einem Vorrat dem Körper frisches Blut und Blutkörperchen zur Verfügung gestellt würden. Auch gegen Infektionskrankheiten ist eine geringere Widerstandsfähigkeit vorhanden; als Erklärung hierfür ist wohl in erster Linie daran zu denken, daß die Milz die Bildungsstätte vieler Antikörper ist. Die milzlosen Tiere sind ebenso gegen Nahrungsänderungen sehr empfindlich, besonders gegen Hunger und vitaminfreie Nahrung, wie überhaupt gegen jede quantitative und qualitative Unterernährung. Bei gesteigertem Grundumsatz besitzen sie ein großes Nahrungsbedürfnis; eine Nahrung,

die für normale Tiere ausreicht, führt hier zur Gewichtsabnahme. Der respiratorische Quotient bleibt dabei gleich, so daß die Stoffwechseländerung nur in quantitativer, nicht in qualitativer Hinsicht besteht. Diese Beobachtungen nach der Entmilzung geben einen deutlichen Hinweis, wie die Ernährung von Patienten nach dieser Operation überhaupt zu gestalten ist.

Auf Zusammenhänge der Milzfunktion mit dem Kohlenhydratstoffwechsel deutet die Beobachtung hin, daß milzlose Tiere Glykogen, das aus der Nahrung nach der Operation stammt, schlechter speichern als vorher oder als normale Kontrolltiere. Es findet wahrscheinlich in der Milz ein Aufbau von Kohlenhydraten statt. Es besteht ferner auch eine Beziehung zwischen Milzfunktion und Fett- und Cholesterinstoffwechsel. Nach der Entfernung des Organs findet sich ein erhöhter Cholesteringehalt im Blut, sicherlich dient die Milz als Depot für die Lipide und verhindert gleichzeitig auf diese Weise die übermäßige Anhäufung jener Substanzen im Blut.

Die Milz ist also infolge ihres anatomischen Baues nach den neuesten Forschungen ein Speicherorgan für Blut und besonders für rote Blutkörperchen.

Da sie eine ausgesprochene Kontraktilität besitzt, kann jener sauerstoffreiche Blutvorrat unter normalen und pathologischen Bedingungen — z. B. bei Sauerstoffmangel infolge körperlicher Arbeit und Blutverlusten oder bei Vergiftungen — dem Körper sofort zur Verfügung gestellt werden. Die Milz ist ferner das Regulationsorgan im Eisenstoffwechsel. Es bestehen Beziehungen zwischen Milzfunktion und Fett- und Cholesterinstoffwechsel, wie auch Kohlenhydratstoffwechsel; hier sind indessen noch nicht alle Einzelheiten geklärt. Als weiteres Zeichen der Bedeutung der Milz für den Stoffwechsel haben die neuesten Untersuchungen nach Exstirpation der Milz zu gelten. Hier wurden beobachtet erhöhter Eisenverlust durch den Kot, herabgesetzte Gallenfarbstoffausscheidung, erhöhte Empfindlichkeit gegen Sauerstoffmangel, gegen Vergiftungen und Infektionen. Auffallend ist dabei auch die große Empfindlichkeit gegen quantitative und qualitative Unterernährung bei erhöhtem Nahrungsbedürfnis. Hierdurch ist eine direkte Verbindung zur praktischen Medizin und Therapie gegeben. Man kann ohne Milz leben, aber nicht so gut wie mit Milz. Diese Tatsache hat wiederum ihre Bestätigung erfahren. „Die Milz ist nicht lebensnotwendig, aber nützlich.“

Priv.-Doz. Dr. O. Flößner, Marburg a. L., Sedanstr. 1.

Zusammenfassende Aufsätze über den heutigen Stand der Medizin.

I. Die Lichttherapie in der Kinderheilkunde ¹⁾.

Von

Dr. Kurt Huldschinsky in Charlottenburg.

Wenn wir von Lichtbehandlung sprechen, haben wir dabei zu berücksichtigen, daß wir damit eigentlich immer drei verschiedene Teile der Lichtwirkung meinen; der eine ist die strahlende Wärme, die aus den infraroten Strahlen besteht und bis zu ca. 7000 ÅE herabreicht, ferner die sichtbaren Strahlen bis ca. 4000 ÅE und die ultravioletten Strahlen von 4000 ÅE abwärts. Wir dürfen dabei aber nicht vergessen, daß jeder dieser Teile sich wiederum aus Wellenbereichen zusammensetzt, die in ihrer biologischen Wirkung voneinander ganz verschieden sind. So dringt das Infrarot in seinem langwelligeren Abschnitt tiefer in den Körper ein als im kurzwelligen, während wiederum das sichtbare Rot stärker eindringt als das Infrarot und das übrige sichtbare Licht; dieses wiederum zerfällt in die einzelnen als Farben bekannten Abschnitte, deren Wirkung ebenfalls ganz verschieden ist. Beim Ultraviolett schließlich haben wir drei Hauptabschnitte zu unterscheiden 1. das langwellige U.V. von 4000 bis 3200 ÅE, dessen besondere Eigenschaft darin besteht, daß es durch Fensterglas hindurchdringt, 2. die antirachitische Zone von 3140 bis ungefähr 2500 ÅE, und das ganz kurzwellige U.V., das wir bis zu 1200 ÅE kennen. Da es in den meisten Fällen nicht möglich ist mit einer Lichtquelle nur einen Strahlenbereich zur Wirkung zu bringen, müssen wir bei jeder Lichtbehandlung beachten, daß wir es mit zusammengesetzten Strahlen zu tun haben und daher der Begriff Wärme-, Licht- oder U.V.-Therapie immer nur bedeutet, daß wir die besagte Strahlenart in vorwiegendem Maße verwenden wollen.

Ich gehe zunächst auf die gebräuchlichen Apparaturen ein. Reines Infrarot wird durch den Langwellenstrahler von Thamm erzeugt, dessen Prinzip darauf beruht, daß entweder ein nichtglühender Faden oder eine solche Metallplatte elektrisch erhitzt wird und die so entstehenden Infrarotstrahlen auf den Patienten geworfen werden. Die herstellende Firma rühmt ihm besondere Tiefenwirkung nach. Ähnliche Wärmestrahler aber mit glühenden Drähten finden in der Therapie vielfach Verwendung, bei denen aber schon ein geringerer, wenn auch unwesentlicher Teil Rotlicht beigemischt ist. Als ausgesprochener Wärmestrahler ist auch die Handlampe nach Minin zu bezeichnen, obwohl hier der rote Anteil noch etwas stärker ist. Die bekannten Glühlichtbäder können wir nicht zu den reinen Strahlenapparaten rechnen, da ihre Hauptwirkung in der gestauten Wärme beruht.

Als Rotlichtspender kommen in Frage, die Solluxlampe mit vorgeschalteter Rotscheibe und die Mininlampe mit roter Birne. Bei beiden ist die Wärmewirkung aber bedeutend überwiegend. Im Gegensatz dazu ist die Neonröhre ein fast reines kaltes Rotlicht mit nur geringen Beimengungen von Gelb. Hauptsächlich leuchtende Strahlen haben wir in der Sonne, den Bogenlampen, der Vitaluxlampe und der Solluxlampe. Alle diese enthalten recht starke Mengen Wärmestrahlen und mehr oder weniger wirksames Ultraviolett. Von monochromatischen Lampen sind außer den Rotlichtlampen noch Vorrichtungen für Blaulicht in Gebrauch, die ebenfalls durch gefärbte Gläser wirken. Anderen Farben als rot und blau kommt in der Therapie keine Bedeutung zu.

Die Fortschritte der Ultraviolettbehandlung, besonders in der Kinderheilkunde, haben eine große Anzahl ultravioletterzeugende Apparate entstehen lassen. Allen voran steht heute noch nach wie vor die Quecksilberlampe mit dem Quarzrohr. Ihr Ultraviolettbereich reicht von etwa 3900 bis 2400 ÅE herab. Besonders stark sind die Linien bei 3600, 3100, 3010, 2984, 2891 und 2540. Daneben hat sie sehr geringe Wärmewirkung, eine starke Linie im Gelb und im Violett. Man kann sie also als eine fast reine Ultraviolettquelle bezeichnen. Die stärkste antirachitische Wirkung liegt bei 3010 und 2890, die stärkste Erythemwirkung bei 2890 und 2540 ÅE. Die Sonne kann in unseren Breiten meist nur als milde U.V.-Quelle bezeichnet werden. Nur im Hochgebirge und an der See entfaltet sie stärkere U.V.-Wirkungen, die aber auch höchstens den zehnten Teil der Quarzlampe erreichen können. Bei Beimengung von Wärmestrahlen ist je nach Höhenlage, Jahreszeit usw. sehr verschieden. Ein guter Ersatz für die Sonnenstrahlen sind die Bogenlampen, die den Vorzug vor allen anderen Lichtquellen haben, immer die gleichen Mengenverhältnisse der einzelnen Strahlensorten auszusenden, die aber infolge Schwierigkeit auf technischem Gebiet und sehr hohem Stromverbrauch sich nie recht einbürgern konnten. Bei uns sind gebräuchlich die Jupiterlampe mit zwei Lichtbogen und parallelstehenden Kohlen und die Kandemlampe, eine in einem Metallgehäuse mit offenem Schlitz und sehr weit verstellbarem Bogen brennende Bogenlampe. In England sind Bogenlampen mit Wolfram-elektroden gebräuchlich.

Um die Vorteile des Bogenlichtes auszunützen, ohne dessen Nachteile in Kauf zu nehmen, ist in letzter Zeit die Solarcalampe konstruiert worden. Diese besteht aus einem kleinen Wolframlichtbogen, der in einem Kolben aus U.V. durchlässigem Glas eingeschlossen ist unter Zusatz von etwas freiem Quecksilber. Die Solarcalampe vereinigt daher die Eigenschaften der Bogen- und Quecksilberdampfampe, die sich noch dadurch steigern lassen, daß man durch Verschiebung im Reflektor die wirksame Fläche verstärken kann.

¹⁾ Nach einem Vortrag für ärztliche Fortbildung, Berlin 1931.

Ihr Stromverbrauch ist nicht größer als der einer Gleichstromquarzlampe. Hersteller: Osram.

Hiermit kommen wir in das Gebiet der Lampen mit ultraviolett durchlässigem Glas. Die Konstruktion solcher Lampen ist schon früher vielfach versucht worden, wie z. B. in der Aureollampe und verschiedenen Quecksilberröhren, wie Uviolampe und Ulibrenner. Jedoch konnten erst die Fortschritte der Glastechnik, besonders in Amerika brauchbare Konstruktionen ergeben. Zu diesen gehört die schon erwähnte Vitaluxlampe, eine 500 Watt starke Glühlampe in neuem U.V.-Glas kolben und mit Chromreflektor. Sie besitzt starke Wärme- und Leuchtstrahlen und etwa 2 Proz. der Quarzlampe an Ultraviolett. Sie kommt also der Sonne im Juni und Anfang September sehr nahe. Auch Quecksilberröhren in Glas wurden hergestellt, von der Osramgesellschaft die Ultraleuchtröhre in verschiedenen Stärken, die eine Quecksilberniederdrucklampe ist. Die starke Ultraröhre hat 1 m Länge, verbraucht ca. 300 Watt und ihre Erythemzeit ist etwa die 3—4fache der Quarzlampe. Die Hanauer Fabrik stellt in letzter Zeit eine kleine U.V.-Glasröhre her, die mit Hochdruck arbeitet. Über ihre Wirkung ist noch nichts Näheres bekannt.

Allen diesen Lampen in Glaskolben ist das eine gemeinsam, daß das kurzwellige Ultraviolett unter 2700 abgeschnitten wird, und dadurch ein Teil der stark irritierenden Strahlen, denen eine Heilwirkung kaum zukommt, ausgeschaltet ist. Ähnliches hat man mit den Quarzlampen schon früher versucht, aber in Ermangelung brauchbarem U.V.-Glases ohne Erfolg.

Die Anwendung dieser Lichtquellen in der Kinderheilkunde ist gegenüber der Therapie der Erwachsenen ziemlich eingeschränkt. Reine Wärmequellen kommen nur für örtliche Behandlungen in Frage, in erster Linie bei Otitis und Drüsenentzündungen. Hierbei ist noch einer neuen Apparatur Erwähnung zu tun, der kleinen Bestrahlungslampe nach *Lenneberg*, die um den Kopf des Patienten geschnallt wird und direkt auf die entzündete Stelle eingestellt wird. Sie gibt eine milde und gleichmäßige Wärme auf einen kleinen Herd ab. Bei solcher Behandlung entzündlicher Prozesse bevorzugt man bei beginnenden Entzündungen das Blaulicht, während man zur Schmerzstillung die tiefergehende Wirkung des Rotlichts anzuwenden pflegt. Inwieweit dies berechtigt ist, läßt sich bei der sehr variablen Natur solcher Erkrankungen schwer sagen.

Allgemeinbestrahlungen mit Rotlicht wurde zuerst von *Finsen* gegen Pocken empfohlen. Heute sind sie auch noch gegen verschiedene Exantheme in Gebrauch, besonders bei Masern und Windpocken. Hier pflegen schon die Eltern von selbst die Fenster durch rote Vorhänge abzuschließen. Ein Nutzen kann diesem Verfahren nicht zugebilligt werden. Die Lichtempfindlichkeit bei Masern läßt sich auch durch einfaches Abdunkeln des Raumes schonen. Versuche mit der Neonlampe

bei akuten Exanthenen sind noch nicht bekannt. Nach *Nagelschmidt* soll diese schmerz- und jucklindernd wirken. Man könnte also von ihr eine günstige Einwirkung auf Exantheme und Ekzeme erwarten. Im allgemeinen neigt man aber zur Ansicht, daß die Rotlichtbehandlung nur eine negative Lichtbehandlung sei.

Blaulichtbehandlung kommt beim Kinde nur wenig in Frage. Bei beginnender Otitis und abheilender Pleuritis hat sie dieselben Indikationen wie beim Erwachsenen.

Bestrahlungen mit leuchtenden Strahlen allein können bisweilen bei anämischen Kindern, die U.V. nicht vertragen, durch bessere Durchblutung der Haut von Nutzen sein, jedoch käme für solche Fälle besser ein mildes U.V. enthaltende Lichtquelle in Frage wie die Vitaluxlampe und die verschiedenen Bogenlampen. *Kisch* empfiehlt solche Glühbirnenbehandlung bei Knochentuberkulose, doch können seine Erfolge nicht allein auf deren Konto gesetzt werden.

Den größten Nutzen aus der Lichtbehandlung hat man für die Rachitis gezogen. Hier ist nachgewiesen, daß nur der ultraviolette Anteil und von diesem wiederum nur die biologisch wirksame Zone in Frage kommt. Die Ultraviolettherapie der Rachitis ist recht einfach. Man bestrahlt in steigenden Dosen zur Vermeidung des Erythems und Gewöhnung der Haut von 2—10 Minuten, anfangs beide Seiten, nach Erreichung der Höchstdosis nur eine Seite abwechselnd. Bei der Quarzlampe kann der Abstand vom Kind nicht allgemein angegeben werden. Er richtet sich nach der Stärke der Lichtquelle und nach ihrem Alter. Nur ganz ungefähr läßt sich folgende Regel aufstellen: Immer für 2 Minuten Anfangszeit; bei Standardlampe für Gleichstrom, neu, Ausführung nach *Bach*, Abstand 125 cm, für Wechselstrom 110 cm; alt (d. h. mit mehr als 50 Stunden Brenndauer) Gleichstrom 100, Wechselstrom 90 cm; Ausführung nach *Jesionek* neu 150, alt 125 cm bei Gleichstrom, 120 resp. 90 cm bei Wechselstrom. Für die kleinen Tischmodelle kann man bei 65 und 50 cm beginnen.

Es hat sich in den letzten Jahren gezeigt, daß es absolut überflüssig ist, die Bestrahlungen über 10 Minuten auszudehnen, ja es genügt in allen Fällen 5 Minuten zur vollkommenen Ausheilung der Rachitis. Ebenso ist über die Dauer der Gesamtbehandlung und die Anzahl der Bestrahlungen manche frühere Meinung dahin zu revidieren, daß eine Bestrahlungskur von einem Monat zu 12 Bestrahlungen in allen Fällen zur Heilung ausreicht. Es sind in letzter Zeit Zweifel an der Unschädlichkeit lange dauernder und intensiver Kuren aufgetaucht. Wenn wir auch die Gefahr der Entstehung von Karzinomen, wie sie an Mäusen durch stärkste ununterbrochene Bestrahlungen in 6—9 Monaten erzeugt wurden, bei Kindern für ausgeschlossen halten, so haben doch eigene noch nicht beendete Versuche an wachsenden Ratten bedeutende Schädigungen des Wachstums und

der Keimdrüsen durch überstarke Quarzbestrahlung gezeigt. Es muß daher, auch ohne daß wir von solchen beim Kinde bisher Kenntnis haben, aufs ernsteste vor Überdosierungen sowohl der Einzeldosis als auch der Behandlungsdauer gewarnt werden. Bei den U.V.-Glaslampen konnten ähnliche Schädigungen nicht beobachtet werden. Die Schädigung muß also durch das kürzere U.V. bedingt sein.

Die Prophylaxe der Rachitis hat ganz anderen Richtlinien zu folgen als die Therapie. Zunächst schreibt hier nicht die Krankheit, sondern der Arzt den Beginn der Behandlung vor. Dieser hat sich nach der Jahreszeit und der Disposition des Kindes zu richten. Winterkinder sollen spätestens zum Beginn des 3. Lebensmonats behandelt werden, Frühgeburten und untergewichtige Kinder (unter 3000 g schon früher, möglichst im 1. Monat). Die Dosis kann geringer sein, der dritte Teil ist ausreichend, die Hälfte üblich. Bei nicht besonders rachitisgefährdeten Kindern reicht sogar eine Bestrahlung in der Woche zur Not aus. Das milde U.V. der Sonne und der Vitaluxlampe, täglich $\frac{1}{2}$ Stunde, geben genügenden Rachitisschutz. Eine während der Bestrahlung auftretende oder trotz der Bestrahlung nicht verschwindende Schädelweichheit ist kein Zeichen eines Fehlschlagens der Behandlung, zumal in den ersten 4 Lebensmonaten, da dieses Phänomen mehr noch vom Wachstum als von der Rachitis abhängig ist. (Kraniotabes im 2. Lebenshalbjahr ist ein sicheres rachitisches Zeichen, das unbedingt für einen aktiven Prozeß spricht.) Die Prophylaxe muß sich über die ganze Dauer der Gefährdung erstrecken, also beim Winterkind bis zum April, bei der Frühgeburt bis zur Erreichung der 3000-g-Grenze; allerdings nach Maßgabe der obenerwähnten Einschränkungen.

Rückfälle nach einmal erzielter Heilung sind durchaus nicht selten. Kinder, die im Januar geboren werden, sollen daher, wenn sie im ersten Quartal rachitisch waren, im Oktober desselben Jahres prophylaktisch bestrahlt werden, überhaupt sollte der zweite Lebenswinter nie für die Vorbeugung außer acht gelassen werden.

Andererseits: Offenbleiben der Fontanelle, krumme Beine, Verzögerung der Zahnung im 2. Lebensjahr sind kein Zeichen bestehender aktiver Rachitis; antirachitische Behandlung darum zwecklos. In noch höherem Maße gilt dies von den weiteren Lebensjahren. Bei Verdacht auf Rachitis ist hier die Sicherung der Diagnose durch das Röntgenbild unerläßlich. Klinisch ist sie in diesem Alter mit Sicherheit nur in extremen Fällen zu stellen.

Zur Lichttherapie gehört auch die Behandlung mit bestrahlten Substanzen. Hierzu gehört in erster Linie das Vigantol. Therapeutisch sind je nach dem Alter des Kindes 6—12 prophylaktisch 2 bis 6 Tropfen täglich vom zur Zeit im Handel befindlichen Präparat erforderlich. Bei Einhaltung der Vorschriften erscheint heute die Gefahr der Schädigung durch Überdosierung ausgeschlossen, nur ist eine Kontrolle meist nicht möglich. Ich

habe fast regelmäßig gefunden, daß die von mir errechnete Zeit für das verordnete Quantum bedeutend unterschritten wurde. Bei längerer Verabfolgung muß jedoch die Möglichkeit einer Überverkalkung offengehalten werden. Man wird daher gut tun, das Präparat nicht länger als 1 Monat zu geben, d. h. etwa 10—20 g Vigantolöl und, falls dann noch nötig, eine Bestrahlungskur anzuschließen. Vigantol gleichzeitig mit der Bestrahlung zu geben, ist nicht nur sinn- und zwecklos, da eine Steigerung der Heilwirkung dabei nicht eintritt, sondern hier auch die Möglichkeit einer Überdosierung durch D-Vitamin besteht. Bestrahlte Milch eignet sich mehr zur Prophylaxe als zur Therapie und ist nur unter besonders günstigen Bedingungen zu empfehlen. Lebertran sollte standardisiert sein, da häufig wirkungslose Präparate in den Handel kommen. Im Eigelb besitzen wir ein mildes aber konstantes D-Vitamin, das außerdem das Wachstumsvitamin A enthält. Vigantol ist ein rein antirachitisches Mittel und darf daher nur bei dieser Krankheit verwandt werden. Höhensonnenbestrahlungen hingegen üben außerdem noch verschiedene günstige Wirkungen auf den Organismus aus. Das durch sie entstehende Heilprodukt wird durch die Vermittlung der Haut dem Organismus in physiologischer Form zugeführt. Die Frage, ob Vigantol- oder Höhensonnenbehandlung, ist daher zugunsten letzterer zu entscheiden. Die Vorteile der Droge bestehen lediglich in der bequemerer Verabfolgung. Das Argument, daß bei Massenbestrahlungen der Kinder die Gefahr der Kontagion besteht, kann praktischen Erfahrungen nicht standhalten. Die Ultraviolettstrahlen in den Behandlungsräumen üben eine ausreichende bakterizide Kraft aus, daß Verbreitung von Infektionskrankheiten kaum vorkommen können. Dies ist für die Beurteilung von Massenprophylaxe und der Preisfrage von großer Bedeutung. Im übrigen schließt die Behandlung mit dem einen Verfahren die andere nicht aus, im Gegenteil ist aus oben angegebenen Gründen eine alternierende Behandlung wünschenswert.

Die Tetanie ist bei richtiger Rachitisprophylaxe nach oben angegebenen Regeln mit Sicherheit zu vermeiden. Leichte Fälle von latenter Tetanie, d. h. solcher, die nur das Fazialisphänomen und eine erhöhte elektrische Erregbarkeit zeigen, heilen während der Rachitisbehandlung völlig aus. Aber gerade der Beginn der Rachitisheilung ist oft das auslösende Moment für die manifeste Tetanie. Man hat daher bei Beginn jeder Rachitisbehandlung nach tetanischen Symptomen zu forschen. Sind solche vorhanden, so lege man vor die erste Bestrahlung einige Kalktage mit möglichst hohen Dosen (bis 5 g p. d.). Dann beginne man mit möglichst starken und häufigen Dosen, ohne auf das entstehende Erythem Rücksicht zu nehmen. Im Erkrankungsfall wendet man natürlich alle sonstigen spasmolytischen Mittel an, wie Chloral, Kalk intravenös oder intramuskulär. Meist gelingt es mit dieser forcierten U.V.-Behandlung den Anfall zu kupieren und eine schnelle Heilung herbeizuführen.

Wird ein rachitisches Kind von Masern befallen, so ist die Vigantoltherapie vorzuziehen, da das Erythem das direkte U.V. nicht verträgt. Aber damit zögere man nicht, da die Pneumoniegefahr bei Masern durch die Rachitis stark erhöht wird, meist aber erst nach Ablauf einiger Tage auftritt, so daß eine energische Vigantolbehandlung noch Gutes leisten kann.

Ähnliches gilt von der genuinen Bronchopneumonie, nur daß hier die direkte Bestrahlung vorzuziehen ist, da sie gleichzeitig günstig auf den Lungenprozeß einwirken kann, das Erythem übernimmt hier die Rolle der Senfpackung.

Sonst ist bei akuten fieberhaften Erkrankungen die Lichtbehandlung zu vermeiden, um so mehr aber im Stadium der Rekonvaleszenz anzuwenden, insbesondere bei Masernrekonvaleszenz.

Eine breite Anwendung findet die U.V.-Therapie bei der sogenannten Anämie. Und dies, obwohl die Mehrzahl der Kassen sich weigern, diese als Indikation anzuerkennen. Dies hat wohl seinen Ursprung in der unbestrittenen Tatsache, daß die Bestrahlungen das Blutbild gar nicht oder nur wenig ändern. Das soll aber auch gar nicht mit der Bestrahlung bezweckt werden. Vielmehr ist unter dem üblichen Begriff der kindlichen Anämie ein Zustand zu bezeichnen, der sich auch durch Blässe, mehr aber durch verschiedene andere neuropathische Symptome äußert, wie Appetitmangel, Schlaflosigkeit, Unruhe, Obstipation und ähnliche Symptome. Hier leistet die Höhensonnenkur Vorzügliches und es gibt Kinder, die überhaupt nur gedeihen, wenn sie regelmäßig ein oder zweimal im Jahr solcher Kur unterworfen werden. Vor allem wird die Eßlust meist in auffälliger Weise gesteigert, und es ist in vielen Fällen eine prompte Gewichtszunahme festzustellen. Die frische Gesichtsfarbe bleibt auch nach dem Abblenden des Erythems bestehen und ist ein Zeichen des Erfolges der Behandlung. Allerdings hat man bei solchen Anämien auch mit einer ganzen Reihe Versagern zu rechnen, die aber doch nicht davon abhalten sollen, der großen Menge die Wohltat der Behandlung zukommen zu lassen.

Ähnliches gilt auch von den Drüsenanschwellungen, die zum Teil ins Gebiet der exsudativen Diathese, teils der Skrophulose fallen. Auch hier hat man neben glänzenden Resultaten immer einige nicht reagierende Kinder.

Die Lichtbehandlung der Tuberkulose ist ein Sondergebiet, das wohl selten dem Praktiker aufgegeben wird, sondern meist in Anstaltsbehandlung vorkommt. Gutes sieht man bei Bronchialdrüsenanschwellungen tuberkulöser und nichttuberkulöser Natur, ebenso damit in Verbindung stehender chronischer Katarrhe. Hier kann aber die Lichtbehandlung nie das einzige Heilmittel sein, sondern darf die medikamentös-diätetische Behandlung nur ergänzen.

Die Frage der Wirkung bei Keuchhusten und Asthma ist noch nicht ganz geklärt. Es ist ganz sicher, daß die Bestrahlung einen günstigen

Einfluß auf die Stärke der Anfälle ausübt, bisweilen die Nachruhe wiedergibt. Im Anfangsstadium gelingt es bisweilen, die Krankheit direkt mit einigen starken Bestrahlungen zu kupieren. Ich gebe in solchen Fällen täglich das Mehrfache der Erythemdosis, aber nur einige Tage lang. Wenn dann kein Erfolg eingetreten ist, hat es keinen Zweck, weiter zu bestrahlen, da die Bestrahlung nur auf den Anfall mildernd wirkt, aber den Verlauf der Krankheit nicht beeinflußt. Beim rachitischen Kind kann aber die Bestrahlung während des Keuchhustens direkt lebensrettend wirken.

Für die örtliche Anwendung der U.V.-Therapie kommt beim Kinde wohl nur das Ekzem in Betracht. Hier hat sich die Verbindung mit der Argentumpinselung zur Erzielung einer schnellen Ausfällung des Silbers als ein vorzügliches Heilmittel gegen nässende wie trockene Ekzeme bewährt. Sie leistet mindestens das gleiche wie die Teerbehandlung und kann mit dieser alternierend angewandt werden. Ich verwende eine 2proz. Silbernitratlösung, entweder einfach in Wasser oder besser in Tragantschleim oder Kollodium-Alkohollösung, was ein besseres Haften des Silbers bewirkt. Die Bestrahlung wird nur so lange einwirken gelassen, bis die bestrichenen Stellen geschwärzt sind. Sie kann daher aus nächster Nähe erfolgen. Die gesunden Partien sind dabei sorgfältigst abzudecken.

Als Schutz gegen U.V.-Strahlen reichen die gegen Sonnenbrand empfohlenen Salben nicht aus. Bei intensiver Nahbestrahlung sowie beim Pflegepersonal, daß stundenlang dem U.V. ausgesetzt ist, hat sich neben undurchlässigen Pasten am besten ein Gemisch von ungereinigtem Wollfett mit anderer Grundlage bewährt, das vollkommen gegen U.V. schützt. Da es aber einen unangenehmen Geruch hat, sind parfümierende Zusätze erwünscht. Eucersalben, wie Niveacreme, schützen nur unzureichend. Hamamelishaltige Salben verstärken das Erythem bis zur Blasenbildung. Besser ist dann schon in Ermangelung wirksamer Salben deckende Puder anzuwenden. Auch bei Überdosierungen mit nachfolgendem starkem Erythem bevorzuge ich den Puder vor den Salben, da er schmerzstillender wirkt und die Haut besser kühlt und geschmeidig hält. Bei auftretender Konjunktivitis — die allerdings seltener das Kind als die bestrahlende Person befällt — gebe ich der Zinksulfatlösung ($\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ proz.) den Vorzug vor den Kokainlösungen, deren Wirkung zu schnell vorübergeht und die Entzündung nicht bekämpft. Wenn man das Ereignis voraussehen kann, soll man sofort die betroffene Person darauf aufmerksam machen und vor jedem Reiben warnen, das schädlicher ist als die Lichtentzündung selber. Ohne Reiben verschwindet sie meist in kurzer Zeit ohne Therapie. Gefahr für das Auge besteht nie.

Die Hauptgefahr zu starker und zu lange dauernder Bestrahlungen habe ich oben bereits erwähnt. Sie beruht in der Schädigungsmöglichkeit der inneren Organe des wachsenden Organismus durch die starken, ganz kurzweiligen Strahlen,

Schädigungen, die denen durch Röntgenstrahlen nicht unähnlich sind. Noch reichen unsere Beobachtungen nicht aus, um bereits den klinischen Nachweis solcher Schäden zu erbringen. Dennoch soll aber rechtzeitig vor einer übertriebenen und dabei zwecklosen überstarken Anwendung der sonst so heilsamen Therapie gewarnt werden.

Das Anwendungsgebiet der Lichttherapie ist in der Kinderheilkunde enger umgrenzt als beim Erwachsenen. Dafür sind aber die Erfolge viel ausgesprochener und befriedigender. Ziel der Lichttherapie beim Kinde muß sein, das Gebiet möglichst noch schärfer zu umreißen, dafür aber in den wirklich angezeigten Anwendungsgebieten noch bessere Erfolge durch strengere Indikationsstellung und exaktere Therapie zu erzielen. Auszuschalten ist aber jede Behandlung, deren Nutzen von vornherein nicht einleuchtet; zu vermeiden sind Methoden, deren Folgen nach neuesten Forschungen schädlich sein können. Nicht die Eröffnung immer neuer Gebiete fördert die Lichttherapie, sondern die Vertiefung der alten und die Beschränkung auf das Mögliche.

Dr. Kurt Huldshinsky, Charlottenburg 2, Knesebeckstraße 78.

2. Typische Wintersportverletzungen.

Von

Dr. Hermann Engel,

Facharzt für Orthopädie, Dozent an der Deutschen Hochschule für Leibesübungen.

Die Eigenart der sportlichen Verletzung hängt mit der Eigenart der sportlichen Bewegung eng zusammen. Nur die aus dieser zwangsläufigen Bewegung mit einer gewissen Konstanz sich ergebenden Verletzungen verdienen den Namen „typische Sportverletzung“. Nur von diesen soll hier die Rede sein, nicht von all den vielen Zufallsverletzungen, die wie im täglichen Leben auch beim Sport als allgemeine Sportunfälle bezeichnet werden können. Daß es zwischen beiden fließende Übergänge gibt, die man sowohl dem einen wie dem anderen Typus zurechnen kann, ist gar nicht selten. Gewisse Verletzungen werden dem Sportbetrieb zugeschoben, bei denen die Sportsausübung rein zufällig zur veranlassenden Ursache wird. Grobe Auswüchse, Sportarten, Verletzung der Sportregeln, allzu „körperliches Spiel“ bei Wettkampf, mangelhaftes Sportgerät sollen hier außer acht bleiben.

Einem Teil der typischen Verletzungen ist der Sportsmann aus leicht verständlichen Gründen in erhöhtem Maße ausgesetzt, wenn bei der Sportsausübung gewisse Umstände vorliegen, etwa Anfängerungeschicklichkeit mit Unterschätzung der Gefahr und Überschätzung der eigenen körperlichen Leistungsfähigkeit, Ermüdung infolge körperlicher Überanstrengung mangelhaftes Training oder Übertraining, Ungleichheit der Gegner im Wett-

kampf (Boxen, Ringen, Jiu-Jitsu). — Bei der Ausübung der Schwerathletik kann das hohe Alter bei Überanstrengung eine große Gefahr bilden; so hat man beim Schwergewichtsstemmen, das bis in die 50er Jahre hinein ausgeübt wird, Knochenbrüche an den unteren Extremitäten beobachtet, die durch direkte Fallwirkung der plötzlich losgelassenen Gewichte zustande kommen.

Gegenwärtig interessiert uns mit Rücksicht auf die Jahreszeit die typische Wintersportverletzung am meisten. Typisch für die meisten Knochen- und Gelenkverletzungen ist das Drehmoment, das sich am Körper des Skifahrers an irgendeiner Stelle erschöpft, wenn die langen Hebel an den Füßen plötzlich durch ein unvorhergesehenes Hindernis ihre Richtung ändern, während der Körper in der Fahrtrichtung verharrt. Die lockere Bindung, welche beim Sturz den Fahrer leichter freigibt, scheint nach den bisherigen statistischen Erhebungen die ungefährlichere zu sein, weil ein Teil des Drehmoments sich schon an der lockeren Bindung erschöpft, dann erst am Knöchel, Knie, Oberschenkel- und Unterschenkelknochen sich auswirkt. Die Malleolen knicken ein, der Unterschenkel bricht meist an der Grenze zwischen unterem und mittlerem Drittel, wobei durch die Drehgewalt ein Stückchen Knochen ausgesprengt wird, im Knie zerren sich die Bänder, meist das innere am oberen Ansatz (Skipunkt), die Menisken werden ein- oder abgerissen, der Oberschenkelknochen erleidet einen Drehbruch. Hinter den Beinverletzungen treten die Armverletzungen zurück. Unter ihnen sind als typisch Sturzbrüche der Finger beim Fallen nach vorn, Zerrungen und Gelenkbrüche an der Daumenwurzel durch die Verklammerung an der Stockschlaufe, Abknickungsbrüche am Unterarm, öfter am Oberarm, Schulterverrenkungen beim Fallen in den tiefen Schnee, während der Körper weiter saust, zu bezeichnen. Durch Bruch des Skis oder durch den Skistock kommt es am häufigsten zu Verletzungen des Gesichts durch die Stockspitze, zu Augenverletzungen sowie Pfählungsverletzungen von Brustkorb und Bauch häufig mit tödlichem Ausgang. Skisprungverletzungen sind verhältnismäßig selten, da meist nur geschulte und trainierte Läufer Sprünge ausführen, ihr Mechanismus ist wesentlich anders als beim Skilanglauf. Bei ihnen werden durch Aufprallwirkung gewisse Verletzungen herbeigeführt. Wirbelsäulenbrüche, Querbruch des Oberschenkels bei unelastischem Sturz auf die Füße meist auf dem Scheitel der stärksten Krümmung, Abrißfrakturen an der Patellarspitze wahrscheinlich beim Abschnellen des Körpers vom vorderen Rand des Sprunghügels sind typische Verletzungen beim Skisprung.

Der Schlittensport, Bob, Rodel, Skeleton weist auch eine Reihe typischer, sich unter den gleichen Umständen ereignender und daher oft wiederholender Verletzungen auf. Für den Skeletonsport sind typisch Rippenbrüche, die Verrenkung der Endphalange des 5. Fingers durch seine exponierte Lage bei dieser Sporttechnik. Da die Lenkung

mit den Fußspitzen erfolgt, entgeht der Kopf ofte noch im letzten Augenblick dem Trauma, solange die Füße die Schlittenrichtung dirigieren können. Fliegt jedoch der Schlitten aus der Bahn, so kommt es zu schwersten Schädelbrüchen, stumpfen Prallverletzungen am Rumpf, insbesondere stumpfen Bauchverletzungen mit inneren Zerreißen.

Die Bobunfälle entstehen typisch durch Aufrennen auf ein Hindernis, Anstreifen eines festen Gegenstandes, durch Umkippen des Bobs oder durch Herausschleudern aus der Bahn. Typisch sind die Beckenbrüche durch Anprallen des Bobs in voller Fahrt etwa gegen einen Baumstamm. A. Fischer hat diese Verletzungstypen genau beschrieben. Ein indirekter Entstehungsmechanismus sprengt das Kreuzbein aus dem geschlossenen Beckenring und führt zu schwersten Nebenverletzungen an den Beckenweichteilen (Blase, Mastdarm, Harnröhre). Bei den Verletzungen durch Umkippen des Bobs geraten häufig die Oberschenkel der Mitfahrer unter die schweren Schlittenkufen und werden an der Belastungsstelle frakturiert. Offene Verletzungen durch die scharfen Kufen sind nicht selten.

Beim Rodeln hat der Bau des Sportgeräts Bedeutung für das Zustandekommen von Verletzungen. Die Fußlenkung führt zu ganz typischen Unterschenkelverletzungen beim Anfahren von Hindernissen. Kippt der Rodel um, so werden, ähnlich wie beim Bob, durch das Gewicht der Rodler die Unterschenkelknochen unter der Kufe oder der Sitzkante abgeknickt, insbesondere wenn der Rodel mit der Mannschaft über einen schiefen Bodenhöcker springt und die Fahrer seitlich auf die Bahn schleudert. Die typischen Verletzungen entstehen entweder während der Fahrt oder durch Sturz. Es kommen so alle typischen Rodelverletzungen wie Schraubenbrüche des Unterschenkels, die von Matti beschriebene Eversionsfraktur an den Malleolen, wenn ein Hindernis die Fußkanten bei weit gespreizten Beinen in ihrem vorderen Abschnitt trifft, zustande. Die oben erwähnten Drehbrüche des Unterschenkels werden häufig durch das unsportliche Verhalten des hinter dem Lenker sitzenden Mitfahrers herbeigeführt, wenn die Füße aus Bequemlichkeit auf die Schlittenkufen gestellt werden und nun ein Hindernis den bereits nach außen gerichteten Fuß noch mehr überdreht, während der Unterschenkel durch den Sitz fixiert ist. Dem gleichen Verletzungsmechanismus entsprechen die von v. Saar beobachteten äußeren Kniesseitenbandabrisse und die sogenannte Stiedasche Fraktur mit Abriss der langen Adduktorensehnen am oberen Rande des Epikondylus femoris. Schwere Becken- und Dammverletzungen durch rittlingsanfahen von Hindernissen sind beim Rodeln und Bobfahren als typisch und äußerst gefährlich anzusehen. Alle sonstigen Rodelverletzungen sind von besonderen Zufälligkeiten abhängig und meist uncharakteristisch.

Noch ein paar Worte zum Schlittschuhlaufen. Wenngleich bestimmte Verletzungsformen überwiegen, so haben sie jedoch nichts Typisches

an sich. Gehirnerschütterungen, Verletzungen am Nasenbein und an den Zähnen durch Sturz aufs Gesicht, ein typischer Radiusbruch durch Fall auf die dorsal flektierte Hand sind wohl die häufigsten Bruchformen. An den Beinen werden meist nur die Knöchel oder die Unterschenkel von den Verletzungen betroffen. Häufig ist nach Knöchelbrüchen Luxation der Peroneusehne beobachtet worden. Die durch Schlittschuhspitzen oder -kufen herbeigeführten häufigen Verletzungen beim Anfahren eines gestürzten Läufers durch einen anderen Fahrer bieten nichts Charakteristisches.

Bezüglich der ersten Hilfe bei den Wintersportverletzungen bilden eigentlich nur die schweren Unfälle im Hochgebirge fern vom Quartier bei Beginn der Dämmerung und im Schneesturm eine große Gefahr, insbesondere wenn wenig und verschieden geübte erfahrene Läufer zusammen sind. Hiervon soll bei nächster Gelegenheit die Rede sein.

Dr. Hermann Engel, Berlin NW 40, Hindersinstr. 11.

3. Schmerzlinderung unter der Geburt.

Eine Erwiderung.

Von

Frau M. G. Oden in Aachen.

Es ist nicht zu leugnen, daß Herr Prof. Sellheim vom tiefsten Helfenwollen beseelt ist, doch wird sich wohl jedes gesunde Frauenempfinden dagegen sträuben müssen, auch die normale Geburt unter Aufhebung der Schmerzen erfolgen zu lassen. Jede Frau weiß, daß sie unter Schmerzen ihr Kind zur Welt bringen wird und wohl keine körperlich und seelisch gesunde Frau wird deshalb auf die höchste Erfüllung ihres Frauentums verzichten wollen. Das Geburtserlebnis ist stets ein Höhepunkt im Frauenleben und soll deshalb auch mit vollem Bewußtsein von der Frau getragen werden. Den Wehenschmerz, der sich doch überhaupt mit keinem anderen vergleichen läßt, möchte ich als tiefst sinnvoll bezeichnen, denn was sich unter Schmerzen von unserem Herzen löst, werden wir nachher mit doppelter Innigkeit und Freude ans Herz nehmen müssen.

Bei der Geburt unserer Kleinen waren bei mir alle Voraussetzungen gegeben, wo Herr Prof. Sellheim eine Schmerzlinderung für nötig hält. Die Geburt erstreckte sich über 46 Stunden, ich war 28 Jahre alt und hatte Jahre vorher eine sehr anstrengende und meist sitzende Berufstätigkeit. Erschwerend fiel noch ins Gewicht, daß ich während der 9 Monate seelisch sehr belastet war, durch eine mit dem Tod endende lange Erkrankung eines sehr geliebten Familienmitgliedes. Und dennoch wäre es mir nie in den Sinn gekommen, mir die Schmerzen nehmen zu lassen, denn sie gaben mir doch immer wieder von neuem das beseligende Gefühl, Mutter zu werden. Als kaum ertragbar kann ich den

Wehenschmerz auch nicht bezeichnen. Wie Herr Dr. Neumann ganz richtig sagt, ist der ganz abhängig von dem seelischen Konnex, den man mit dem Geburtshelfer hat. Mein Mann überwachte selbst die Geburt und ich habe mich ihm ganz bedingungslos anvertraut in der festen Überzeugung, daß es doch zu einem guten Ende kommen würde. Dieses Vertrauen ging so weit, daß ich, vielleicht auf suggestiven Einfluß hin, zwischen den einzelnen Wehen, die in kurzen Abständen folgten, ganz tief und erlöst schlief und erst von dem Schmerz der nächsten Wehe wieder geweckt wurde, die sich dann mit ausgeruhten Kräften und neuem Mut leicht ertragen ließ. Der Augenblick, ich möchte ihn als den Gipfelpunkt des Frauenempfindens bezeichnen, wo das Kind seinen ersten Schrei ausstößt, man selbst erlöst von aller Pein sich nur dem tiefen Glücksgefühl hingeben kann, Mutter geworden zu sein, ist so gewaltig, so über alles Maß hinaus, daß man ihn, meines Erachtens, nicht ohne zwingenden Grund der Frau nehmen darf, ohne sie in ihrer tiefsten Seele zu schädigen. Ich

habe bei vielen Bekannten erfahren müssen, die diesen Augenblick des höchsten Erdenglückes, wo alles, aber auch alles vergessen ist, was vorherige Schmerzen waren oder sonst im gewohnten Alltag die Seele bedrückt, gewollt oder durch Operation bedingt, nicht erlebten, daß sie es als eine Benachteiligung empfanden und sich nichts sehnlicher wünschten als bei der nächsten Geburt bei vollem Bewußtsein das Mutterwerden zu erleben. Ich für meinen Teil kann nur immer wieder sagen, jede gesunde Frau will einfach die ganze Geburt von der ersten Wehe bis zum ersten Schrei des Kindes voll und ganz erleben. Jede Frau, die einen Geburtshelfer fand, dem sie sich restlos anvertrauen kann, wird mir zustimmen, daß der Wehenschmerz gut zu ertragen ist und die Entgegnung des Herrn Dr. Neumann in allen Teilen der Psyche der Frau vollkommen entspricht, die es sich nicht ohne zwingenden Grund nehmen lassen will, die Wandlung von der Frau zur Mutter, natürlich nur unter normalen Umständen, bei vollem Bewußtsein zu erleben.

Frau M. G. Oden, Aachen, Grethestr.,
Städt. Krankenanstalten.

Anfragen aus dem Leserkreis.

Hängt die Diabeteshäufigkeit mit dem Zuckerkonsum zusammen?

Von

Prof. Dr. Erich Leschke in Berlin.

Die Erkrankungs- und Todesfälle an Diabetes haben auch in den letzten Jahren in den meisten europäischen und außereuropäischen Ländern weiter stark zugenommen, am meisten in den Vereinigten Staaten mit einer Sterblichkeit von fast 200 pro 1 Million Lebende, in Preußen¹⁾ 153 und England 142. Gegenüber der Zahl von 59 und 60 in den Jahren 1918 und 1919 bedeutet das eine Steigerung auf das 2½fache in Preußen. Während früher die Sterblichkeit der Männer eine größere war als diejenige der Frauen, überwiegen in den letzten Jahren die Todesfälle der Frauen bei weitem und betrafen im letzten Berichtsjahr (1929) in Preußen 3225 Frauen bzw. 160 Todesfälle auf 1 Million Lebende gegenüber 2767 Männern entsprechend 145 auf 1 Million Lebende. Die entsprechenden Zahlen für England sind 161 Frauen und 120 Männer pro 1 Million Lebende, für Paris 191 Frauen und 163 Männer. Auch die standardisierten Diabetestodesfälle stiegen nach der englischen Statistik von 1901—1915 von 91 auf 113, von 1921—1929 von 90 auf 104 trotz ungefähr gleichbleibenden Zuckerkonsums.

Die Zunahme des Zuckerkonsums ist an der Zunahme der Erkrankungen und Todesfälle an Diabetes nicht schuld.

Gegenüber der außerordentlichen Zunahme der Diabetessterblichkeit ist der Zuckerverbrauch in Preußen in den Jahren 5 Jahren nur von 22 auf 27 kg pro Kopf der Bevölkerung im Jahr gestiegen, im letzten Jahr sogar zurückgegangen.

In England und Nordamerika ist die Diabetessterblichkeit ebenso wie bei uns außerordentlich gestiegen, obwohl der Zuckerverbrauch in England in den Jahren 1923—27 mit rund 40 kg pro Kopf im Jahr ebenso hoch war, wie in den Jahren 1906—1915.

In den Vereinigten Staaten von Amerika finden wir schon in den Jahren 1905—1913 einen Anstieg der Diabetessterblichkeit von 115 auf 175 pro Million Lebende, während der jährliche Zuckerverbrauch sich ziemlich unverändert auf dem Niveau von 35—38 kg pro Kopf der Bevölkerung gehalten hat. Seit 1925 ist der Zuckerverbrauch in den Vereinigten Staaten sogar etwas zurückgegangen, und zwar von 52,5 auf 49,6 kg. Trotzdem ist in dieser Zeit die Diabetessterblichkeit von 169 auf über 190 gestiegen.

Der starke Abfall der Diabetessterblichkeit während des Krieges beruht nicht auf der Abnahme des Zuckerverbrauchs, sondern auf der Einschränkung der Gesamternährung. In Deutschland hat sogar der Zuckerverbrauch in den Jahren 1914—16 zugenommen und ist auch in den Jahren 1917 und 18 nicht unter das Vorkriegsniveau gesunken, wohl aber in den Jahren 1920—21 und 1923—24, in denen trotz dieses verminderten Zuckerkonsums der Diabetes zunahm. (Dabei ist der für industrielle Zwecke verwandte Zucker mit gerechnet.)

¹⁾ Statistiken für das Deutsche Reich existieren leider nicht.

Zuckerkonsum und Zuckersterblichkeit sind in den verschiedenen Ländern völlig unabhängig voneinander. Beispielsweise hat Australien einen nahezu 2 $\frac{1}{2}$ -fach größeren Zuckerverbrauch als Deutschland und Belgien, während die Diabetessterblichkeit die gleiche ist. In Kuba und Argentinien, den Ländern des stärksten Zuckerverbrauchs, ist die Zuckersterblichkeit fast nur $\frac{1}{5}$ so groß wie bei uns. Ebenso ist in Japan und China trotz der fast ausschließlichen Ernährung mit Kohlehydraten der Diabetes geradezu eine Seltenheit. Am größten ist die Diabetessterblich-

keit in den Großstädten, am geringsten auf dem Lande. Bayern und die ländlichen Distrikte in den Vereinigten Staaten und in Kanada haben die gleiche geringe Diabetessterblichkeit von 75, Berlin über 183 und New York sogar 315 pro Million Lebende. Ein wichtiger Faktor für die Zunahme der Zuckerkrankheit neben der erblichen Veranlagung ist die stärkere Beanspruchung des Nervensystems durch den erschwerten Kampf ums Dasein sowie durch die Sorgen und Aufregungen unserer Zeit, welche die Frauen in gleicher Weise betreffen wie die Männer.

Prof. Dr. E. Leschke, Berlin W 15, Kurfürstendamm 66.

Redigiert von Dr. E. Hayward in Berlin.

Aus Wissenschaft und Praxis.

Fortschritte auf den einzelnen Sondergebieten.

Es finden abwechselnd sämtliche Sonderfächer Berücksichtigung.

I. Innere Medizin.

Über die Basedowbehandlung mit Blumscher Schutzkost

schreibt M. Seckbach in der Dtsch. med. Wschr. 1932 Nr. 2. Es war schon lange bekannt, daß das Auftreten der thyreopriven Tetanie nicht von der Herausnahme der Schilddrüse, sondern von der Entfernung der Epithelkörperchen abhängt. Bei rein vegetabilisch ernährten Tieren tritt überhaupt keine Tetanie auf, bei Wiederkäuern nur eine geringe, bei Menschen und Affen eine mäßige Kachexie, während bei reinen Fleischfressern eine solche in schwerster Form auftritt. In jahrelangen Versuchen hat Blum nachgewiesen, daß auch parathyreoprive Hunde gesund blieben, wenn man sie fleischfrei mit Milch ernährte, bei Fleischzulage aber sofort erkrankten. In der Milch war nach den Blum'schen Untersuchungen ein Epithelkörperchenhormon enthalten, welches den Ausfall des Epithelkörperchens kompensiert. In noch höherem Maße enthält das Blut dieses Hormon. Da das direkte Verfüttern von Epithelkörperchen nach Blum nicht den gleichen Erfolg hatte wie die Blutverfütterung, so ist zu schließen, daß das Hormon in einer Vorstufe in den Epithelkörperchen gebildet und erst außerhalb dieses Organes aktiviert wird. Weiter hat Blum gezeigt, daß die parathyreopriven Tiere bei Fleischzulage an Tetanie erkrankten, während sie bei reiner Schutzkost, Blut- und Milchverfütterung lange Zeit gesund blieben. Auf dieser Basis empfahl Blum die Schutzkost beim Menschen zur Tetaniebehandlung. Es zeigte sich, daß außerdem auch ein antithyreoidaler Schutzstoff im Blute enthalten sein muß, denn während Kaulquappen unter der Einwirkung von Schilddrüsensubstanz und also auch vom Blut von Basedowkranken eine unregelmäßige und überstürzte Entwicklung durchmachen, wird dies durch Zusatz von Normalblut und auch von Hämokrinin, einem aus dem Blut hergestellten

Präparat, verhindert. Seckbach hat nur mit der Blum'schen Schutzkost, dem Hämokrinin, unter gleichzeitiger fleischfreier Diät Basedowkranke erfolgreich behandelt und schildert ausführlich einen schweren, durch die Jodmedikation noch besonders ungünstig beeinflussten Fall von Basedow mit erheblichem Schweiß, Haarausfall, allgemeiner motorischer Unruhe und einem um 110,4 Proz. erhöhten Grundumsatz. Das Absetzen des Jods und die fleischlose Kost allein bewirkten keine Besserung, aber fast unmittelbar nach Verabreichung der Blum'schen Schutzkost mit Hämokrinin, 40 Tabletten am Tag, setzte ein außerordentlicher Umschwung ein. Im Laufe von etwa $\frac{3}{4}$ Jahr sank der Grundumsatz auf 39 Proz., das Gewicht stieg von 55,5 kg auf 60 kg und in interessanter Weise zeigte es sich, daß auch nach Fortlassen des Hämokrinins die Besserung weiter fortschritt, das Gewicht weiter stieg und der Grundumsatz weiter auf + 22 Proz. sank. Eine Tachykardie von 120 Pulsen war als ein einziges Basedowzeichen zurückgeblieben.

Über die Behandlung von Sepsis, Meningitis und Empyem mit künstlichem Abszeß

schreibt Prof. L. Jakob (Dtsch. med. Wschr. 1932 Nr. 2). Jakob erinnert an die alte Methode, durch künstlich gesetzte Eiterung die in der Überschrift erwähnten septischen Erkrankungen zu beeinflussen. Das häufige Versagen der bekannten neueren chemischen und serotherapeutischen Mittel hat ihn veranlaßt, die Terpentinjektionen erneut zu versuchen. Versagt hat dieses Mittel stets bei septischer Endokarditis, speziell bei Endocarditis lenta. In anderen schweren septischen Fällen, so besonders bei Meningitis, bei Empyem, bei Gonokokkensepsis, Mesenterialdrüsentuberkulose ist durch die Behandlung meist Heilung erzielt worden. Im ganzen wurden 45—50 Fälle behandelt. Was den Zeitpunkt der Terpentinjektion anbelangt, so muß bei einzelnen Kranken am Ende der ersten, bei

anderen nach der zweiten und wieder bei anderen nach der dritten Woche der Abszeß angelegt werden. Einen wichtigen Anhaltspunkt für den Stand des Kampfes des Organismus mit den Infektionserregern — denn ein solcher ist ja das Ziel der Behandlung — gibt die Leukozytenkurve. Wenn die Leukozytose allmählich zurückgeht auf normale oder subnormale Werte, so ist dieses Stadium des Rückgangs der Leukozytose das geeignetste zur Terpentinjektion. So fiel in einem Fall von Sepsis nach Angina bei bestehender Kontinua um 39^o C die Leukozytenzahl von 15000 auf 7500 in der dritten Woche; Anfang der vierten Woche Terpentinjektion, Leukozytenanstieg bis 23000, allmählicher Abfall bis 11000, am zwölften Tage nach Injektion Entfieberung, die zur Heilung führte. Doch kommt es bei einer anderen Gruppe von Kranken überhaupt nicht zur Leukozytose, die nur dann zu erwarten ist, wenn das Terpentin zu einer Eiterung führt.

Es muß so viel reines, unverdünntes, steriles Terpentinöl eingespritzt werden, daß ein starker Entzündungsreiz und eine lokale Eiterung entsteht. Bei Erwachsenen 2—3 ccm, bei Kindern 0,75—1,5 ccm subkutan an der Außenseite des Oberschenkels. Die anfangs harte Infiltration erweicht im Verlauf von 4—8 Tagen zu einem deutlich fluktuierenden Abszeß. Zur lokalen Schmerzlinderung genügen meist heiße Umschläge, gelegentlich sind Narkotika notwendig. Den Abszeß, den J. früher nach 8—11 Tagen inzidierte, punktiert er jetzt (bis zu 150 ccm Eiter), den Rest überläßt er der Spontanresorption. Erfolgt diese nicht, so muß nachträglich inzidiert werden.

Diese, selbstverständlich unspezifische Reiztherapie führt nach der allgemeinen Ansicht zur stärksten Erhöhung der Widerstandskraft des Organismus, zur Mobilisierung aller Reservekräfte und dadurch zur Heilung, wenn auch daneben natürlicherweise Versager vorkommen.

Über Heilerfolge bei septischer Endo- und Pankarditis rheumatischer Genese durch Kalomel

schreiben M. Paul und H. Babatz (Münch. med. Wschr. 1932 Nr. 1). An der Hand von 4 seit 1¹/₂ Jahren geheilten Fällen bestätigen sie die gute Wirkung von Kalomel bei Pankarditis überhaupt und speziell bei den oben genannten Krankheitszuständen. Sie gaben mehrmals, z. B. am 1., 3., 5. Tag je 0,2 Kalomel per os. Es ist nur darauf zu achten, daß keine ernsteren Nierenschädigungen vorliegen, da sonst eine Sublimatnephrose zu befürchten ist. Es scheint, daß die Wirkungsweise über das Retikuloendothelsystem erfolgt, wie ja bekanntlich das Mittel im vergangenen Jahrhundert vielfach bei Lebererkrankungen angewandt wurde. Verff. betonen, daß bei echter Endocarditis lenta keine Besserung gesehen wurde, also ebenso wie bei der oben besprochenen antiseptischen Therapie.

G. Zuelzer (Berlin).

2. Chirurgie.

Über Appendizitis beim Kleinkind

schreibt Lotheißen (Wien) im Zbl. Chir. 1932 Nr. 5. Daß diese Erkrankung bei Kindern bis zum 2. Lebensjahr sehr selten ist, ist bekannt. Immerhin darf hierbei nicht so weit gegangen werden, daß man sie deshalb vollkommen aus dem Bereich diagnostischer Erwägungen ausschließt. Sie hat sich bei dem Material des Verf. von über 3000 Appendizitisfällen fünfmal gefunden, was einem Prozentsatz von rund 0,1 entspricht. Es kommen im allgemeinen nur wenig Kinder in der für die Operation günstigsten Zeit in Behandlung des Chirurgen. Auch in den Fällen des Verf. liegen sie in bezug auf den Krankheitsbeginn bis zu 14 Tagen zurück. Der Verlauf ist dann immer sehr schwer und eine Sterblichkeit von 20 bis 25 Proz. ist hierbei zu verzeichnen. Verf. führt eine Reihe von Beobachtungen an, welche die Appendizitis des Kleinkinds in ihrer Pathogenese von der der älteren Kinder und Erwachsenen unterscheidet und zu der Auffassung führt, daß diese eine Sonderstellung einnimmt. Zunächst erscheint die Abkapselungsfähigkeit des kindlichen Peritoneums, insbesondere des Netzes recht gering zu sein. Es kommt hinzu, daß es sich fast immer um Streptokokkeninfektionen handelt, so daß eine hämatogene Entstehung des Leidens sehr wahrscheinlich gemacht wird. Aus diesen Gründen muß es das Bestreben sein, differentialdiagnostische Momente zu ergründen, welche die Diagnose mit größerer Sicherheit stellen lassen, als dieses heute noch der Fall ist. In erster Linie gehört hierher die Forderung, daß man überhaupt an die Möglichkeit der Appendizitis auch beim Kleinkind denkt. Es hat sich ferner der Nachweis des positiven Rovsingschen Zeichens bewährt und auch bei der rektalen Untersuchung ließ sich ein deutlicher Unterschied gegenüber der gesunden Seite in bezug auf die Druckschmerzhaftigkeit feststellen. Sind die genannten Symptome vorhanden, dann muß zur Laparotomie geschritten werden, um den sonst unheilvollen Verlauf aufzuhalten.

Die Hämorrhoiden und ihre operative Behandlung.

Sarasoff gibt aus der Payrschen chirurg. Univ.-Klinik in Leipzig im Arch. klin. Chir. Band 168 Heft 3/4 eine lesenswerte Übersicht über die gebräuchlichsten Verfahren der operativen Hämorrhoidenoperationen und ihre Erfolge. Er legt seiner Veröffentlichung das Material der genannten Klinik aus den Jahren 1919 bis heute zugrunde. Die genaue Durcharbeitung der Krankengeschichten, die vorgenommenen Nachuntersuchungen und die Mitteilungen der Ergebnisse von ausführlichen Fragebogen, die er an die Operierten geschickt hat, macht die Arbeit besonders wertvoll. Es konkurrieren heute zwei Methoden der Operation.

Wenn auch bei beiden gewisse Modifikationen angewendet werden, so läßt sich ihr Wesen doch immer wieder auf diese zurückführen. Es sind dieses die alte Langenbecksche Operation und die Operation nach Whitehead. Bei der erstgenannten werden die einzelnen Knoten mit der Flügelzange gefaßt und mit dem Glühisen verschorft. Bei der zweiten Operation geht man so vor, daß man den ganzen, die Hämorrhoiden tragenden Schleimhautring exstirpiert und dann von oben her die Schleimhaut so weit mobilisiert, daß man sie über den entstandenen Defekt herunterziehen und am Analand vernähen kann. Wenn auch das zweite Verfahren technisch schwieriger ist, so dürfte es doch kein Grund sein, dieses nicht anzuwenden, wenn es sich herausstellen würde, daß die Erfolge besser sind. Auch die Tatsache, daß Hämorrhoidenoperationen in den Kliniken und Krankenhäusern meist nicht immer von den Geübtesten des Fachs vorgenommen werden, darf nicht bestimmend sein, es müßte hier eventuell eine Änderung eintreten. In Wirklichkeit liegen die Verhältnisse aber anders. Die große Überlegenheit der Langenbeckschen Methode liegt außer jedem Zweifel. Dieses ergibt sich aus den Nachuntersuchungsergebnissen: es handelt sich um 758 Kranke, von denen 682 operiert worden waren, 343 nach Whitehead (W), 283 nach Langenbeck (L.). Bei 56 Kranken war nur eine einfache Ligatur, eine Exzision der Knoten, Umstechungen oder Injektionen vorgenommen worden. Zunächst fällt auf, daß die Entlassung der Kranken nach der L.-Operation früher erfolgt, weiter können bei der Entlassung 42 Proz. bei L., aber nur 15 Proz. bei W. als geheilt entlassen werden. Die Wiederaufnahme der Arbeit erfolgte bei L. nach zirka 3 Wochen, bei W. nach $4\frac{1}{2}$ Wochen. Rezidive bei W. in 18 Proz. aber auch bei L. in 14 Proz. der Fälle. Es mußte, und dieses ist zugunsten der W.-Methode bemerkenswert, eine neue Operation wegen Rezidiv bei W. in 0,75 Proz., dagegen bei L. in 3,5 Proz. vorgenommen werden. Und nun zur wichtigsten Frage, der der Kontinenz: Es waren inkontinent für Winde: W. 35 Proz., L.: 3 Proz. Für Stuhl: W.: 35 Proz., L.: 1,5 Proz. Für Winde und Stuhl: W.: 27 Proz., L.: 0 Proz. Diese Inkontinenzerscheinungen dauerten verschieden lang, von einigen Wochen bis zu Jahren. Bei 10 Proz. der nach W. Operierten konnte bei der Nachuntersuchung eine mehr oder minder starke Stenose festgestellt werden, die bei der Operation nach L. in keinem Fall nachweisbar war.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß dem Langenbeckschen Verfahren der Vorzug zu geben ist. Immerhin bietet die Zusammenstellung auch insofern dem Praktiker Interessantes, daß er durch sie erfährt, daß mit gewissen Störungen nach der scheinbar so einfachen Operation doch gerechnet werden muß, die sich vielfach erst im Laufe der Zeit verlieren. Es ist besonders bemerkenswert, daß es sich hier um Dinge handelt, die nicht der vielleicht geringer ausgebildeten Technik des Ein-

zelnen, als vielmehr den Verfahren zur Last fallen, sich aber trotz sorgfältigsten Operierens nicht immer ganz vermeiden lassen. Hayward (Berlin).

3. Aus dem Ständeleben.

Das ärztliche Fortbildungswesen.

Von Geh.-Rat Prof. Dr. Friedrich Müller (München) (Münch. med. Wschr. 1931 Nr. 22). Der Verf. gibt das Referat, das er auf dem Ärztetage zu erstatten hatte, im voraus bekannt, um so eine fruchtbarere Aussprache vorzubereiten. Seine Schlußfolgerungen sind folgende. Der ärztliche Praktiker muß es als eine sittliche Pflicht empfinden, sich während seines ganzen Lebens immer wieder mit den praktischen und wissenschaftlichen Fortschritten der Heilkunde vertraut zu machen. Nicht nur theoretische Vorlesungen, sondern vielmehr ausgiebige Möglichkeit zu praktischer Betätigung am Krankenbett, in den geburtshilflichen Kliniken, in den Polikliniken und Laboratorien. Mindestens 14 Tage. Immer nur ein Fach oder wenige Fächer. Während des ganzen Tages in einer oder wenigen klinischen Anstalten und zugleich in einem pathologischen Institut.

Das Haus der ärztlichen Fortbildung in Essen.

Von Heßberg (Gesdh.lehrer 1931 Nr. 8). Höchstleistungen einer durch Wissen, Können und Charakter ausgezeichneten Ärzteschaft sind die besten Waffen gegen das Kurpfuschertum. — Von der „Medizinischen Vereinigung im westlichen Industriebezirk“, die aus den Ärztevereinen der 10 dortigen Industriezentren sowie den medizinischen Fakultäten Bonn, Köln, Münster besteht, ist das Haus im Sommer 1928 unter Führung des Essener Oberbürgermeisters begründet worden. Zweck: Veranstaltung von Kursen aus den einzelnen Sondergebieten nebst zusammenfassenden Vorträgen über große, zeitgemäße Generalthemen, auch klinische Visiten in den großen Krankenhäusern. Besuch der Vorträge: 150—300 Hörer! Die Räume, zu denen ein Lesesaal mit Handbibliothek gehört, befinden sich in dem „Haus der Technik“. Daher auch gemeinschaftliche, einschlägige Vorträge und Demonstrationen von Technikern und Ärzten. Ferner Beziehungen zu Juristen und gemeinschaftliche Sitzungen über Grenzgebiete. In dem Wintersemester 1930 trug Hellpach „Ärztliche Ethik“ vor.

Welche Themen für Fortbildung wünscht sich der praktische Arzt?

Von Griebing (Ärztl. Allg.prax. 1931 Nr. 4). Den Praktiker interessieren die Fragen, über die er sich nicht aus den Fachzeitschriften und Büchern selbst unterrichten kann und die in der Praxis besondere Schwierigkeiten machen. Neurosen bereiten solche Schwierigkeiten, daher etwa „Herzneurose oder Myokarditis? Oder Arteriosklerose?“ Ferner, was so allgemein Rheumatismus genannt wird und doch irgend etwas anderes ist. — Fraktur

oder Kontusion? Oder Distorsion? Vor allem deren Nachbehandlung. — Tuberkulose mit ihren Grenzfällen. — Neuere diagnostische Methoden, aber praktisch und mit Selbstbeteiligung. Usw.

Gedanken über ärztliche Fortbildung.

Von Schlegel (Ärztl. Rdsch. 1931 Nr. 24). Der selbständige Allgemeinpraktiker soll bei den Fortbildungskursen aus seiner Fühlung mit den Bedürfnissen der verschiedensten Kranken heraus die praktischen Fragen zur Debatte stellen, die in der heutigen Not anders lauten als in schöneren Zeiten. Er muß auch Belehrungen annehmen, die nicht vom Katheder kommen. Fortbildung unter dem Gesichtspunkt der ökonomischen Medizin tut not. Mit einfachsten Mitteln großes erreichen, Krankenhausaufenthalt ersparen, teure Apparate durch billige Methoden ersetzen. Heislers Vorschlag, daß die jüngeren Dozenten in regelmäßigem Turnus die Landärzte besuchen, diese lehren, aber auch von ihnen lernen sollten, verdient Durchführung.

Gedanken zur Reform der medizinischen Prüfungsordnung.

Von Abderhalden (Münch. med. Wschr. 1931 Nr. 15). Die ärztliche Vorprüfung sollte in zwei zeitlich getrennte Abschnitte getrennt werden, einen naturwissenschaftlichen und einen anatomisch-physiologischen, wie es in der Schweiz, Österreich, Rußland usw. schon lange der Fall ist. Alle Bestrebungen, das Studium der Medizin dadurch zu erschweren, daß in den Prüfungen mehr verlangt wird, bleiben wirkungslos, solange die

Möglichkeit besteht, daß beim Nichtbestehen das Ziel an einer anderen Universität erreicht wird. Das wichtigste in dem Medizinstudium aber ist die Persönlichkeit des Lehrers und seine Unterrichtsmethode. Als Vorbilder schildert Verf. seine Lehrer Friedrich Müller, Massini, Bumm.

Brauchen wir noch eine Organisation?

Von Levy (Ärztl. Mitt. 1931 Nr. 8 und 9). (Anm. d. Ref. Das „noch“ ist zeitlich gemeint, nicht etwa im Sinne „einer neuen“.) Mit überzeugender Logik und in ausführlicher, streng sachlicher Begründung wird die Unentbehrlichkeit der bestehenden Einheitsorganisation der deutschen Ärzte nachgewiesen. In dem jetzigen Kampfe aller gegen alle hat auf keinem Gebiete irgendein Stand hundertprozentige Erfolge aufzuweisen. Auch die Kassen nicht gegenüber der Ärztevertretung. Die letztere hat viele Abschwächungen drohender Gefahren durchgesetzt: Teilerfolge, die wir anerkennen und keineswegs als Mißerfolge herabsetzen sollen. Weitere Kämpfe werden kommen und sind im Gange, insbesondere auch um unsere Selbstverwaltung mit Hilfe einer Reichs-Ärzte-Ordnung. Daß der Hartmannbund den Aufgaben der Selbstverwaltung auch in dem Kassenwesen gewachsen ist, beweist der alle Teile befriedigende Aufbau der Ersatzkrankenkassen. Aber nur unsere bestehende, parteipolitisch unbedingt neutrale Organisation kann das Schicksal der Ärzte meistern, während ihre parteipolitische Bekämpfung zur Zerstörung jeglicher Widerstandskraft gegenüber allen Widersachern führen müßte.

H. Berger (Fürstenberg in Mecklenburg).

Soziale Medizin.

Auseinandersetzung über sogenanntes Doppelleben. Überlegungen zum Falle Matuschka.

Von

Paul Bernhardt in Potsdam.

Die Schriftleitung wünscht von mir an der Hand der Artikelreihe in 15 Nummern der B. Z. am Mittag eine Stellungnahme zu der Frage: Ist Matuschka geisteskrank?

Der Attentäter Silvester Matuschka, jetzt 37 Jahre alt, Sohn eines Pantoffelmachers, dank Fürsprache Gymnasiast aber ein schlechter Schüler, besuchte dann ein Lehrerseminar. An dem Fünfzehnjährigen soll ein herumziehender Gaukler einmal hypnotische Experimente dargestellt haben; M. soll während der ihm suggerierten „Fahrt auf der Eisenbahn“ ohnmächtig hingestürzt und danach einige Zeit abseitig, zerfahren und zum pseudologistischen Erzählen erfundener Erlebnisse geneigt gewesen sein. Nach bestandener Volksschullehrerexamen kommt er zum Militär, wird im Kriege verwundet und bringt es zum Oberleutnant einer Maschinengewehrabteilung. Nach dem Kriege heiratet er seine Jugendgespielin, gibt

eine Dorfschullehrerstellung, die er als Nachfolger seines Schwiegervaters bekleidet, auf und macht mit Glück Spekulationsgeschäfte, besitzt u. a. mal ein Gut, mal ein Delikatessengeschäft, mal ein Haus in Budapest, ist Holzhändler usw. Später besitzt er drei Häuser in Wien und vertreibt weithin eine Weinsorte, die er „Tigerblut“ (!) nennt. Mannigfache spätere Geschäfte schlagen fehl. Zuletzt hat er nur ein überschuldetes kleines Haus in Wien und ein völlig leeres Fabrikwesen in Tattenbach. M. nennt sich Fabrikdirektor, lebt musterhaft mit Frau und Kind, ist im Café als hervorragender Schachspieler bekannt, gibt sich alkoholabstinent und streng religiös. Nur von Zeit zu Zeit schleicht er, wenn die Familie fest schläft, in Dirnenquartiere und Schnapskneipen und ist vor Tagesanbruch wieder zu Hause. Die Frau merkt nichts; nach dem Zweck zahlloser weiter „Geschäftsreisen“ forscht sie nicht.

Im Dezember 1930 schraubt M. bei Anzbach in Österreich Schienen von den Eisenbahnschwellen und legt am Orte einen Brief nieder: er wolle „die Aufmerksamkeit der Welt auf die unterdrückten Menschen lenken“ u. dgl. Der Anschlag bleibt erfolglos, der Täter unentdeckt. Ein neues Attentat in Öster-

reich, bei dem er schwere Hindernisse auf die Schienen wälzt, mißglückt auch.

M. fährt im April 1931 nach Berlin, kauft hier für 250 M. einen autogenen Schweißapparat, versucht damit, ohne Erfolg, sein erstes Attentat bei Jüterbog, fährt sofort wieder nach Österreich, will in Linz einen Arzt konsultieren, zur Beichte gehen, sich das Leben nehmen, tut aber nichts von allem.

Nun pachtet er einen kleinen Steinbruch, auf Grund dessen er Ekrasit kaufen darf. In dem Steinbruch macht er heimlich Sprengversuche. Daneben liest er eifrig religiöse Schriften, hört religiöse Vorträge, bewegt sich in kirchlichen Kreisen.

Am 13. August 1931 gelingt ihm das zweite Attentat bei Jüterbog, die Sprengung des D-Zuges.

Am 3. September wird er, mit Sprengmaterialien im Handkoffer, im Zuge mit einer verheirateten Dame der guten Gesellschaft bekannt und verbringt mit ihr in Budapest die Nacht in einem Hotel ersten Ranges. Dann besorgt er sich die noch fehlenden Taschenbatterien und macht in der Folgezeit in der Umgegend Vorversuche für die Tat. Während er das Hotelzimmer noch mehrere Tage behält, auch mit der Dame bis zu deren Abreise in Verbindung bleibt, geht er in den Nächten mit Dirnen in Gasthäuser niederen Ranges. Am 13. September folgt die Sprengung der Eisenbahnbrücke bei Bia-Torbagy. Wie immer legt er einen geheimnisvollen Brief nieder, als ob Rechts- oder Linksradikale die Urheber wären, bei Bia-Torbagy mit der Unterschrift: „DerUmwälzer“. Nach der Katastrophe zerschneidet er sich das Gesicht, als wäre er mit abgestürzt, sucht lange mit Streichhölzern scheinbar nach Verwundeten und „findet“ dabei am Tatorte und weist einem Beamten die Taschenbatterien der Bombe; er zeigt ihm auch ein Amulett mit dem Hl. Antonius, der ihm das Leben gerettet hätte. Dann stellt er mündlich — und hernach von Wien aus schriftlich durch seinen Anwalt — Entschädigungsansprüche wegen eines verlorenen Koffers.

Nach der Verhaftung soll außer eines Nachts einem heftigen delirösen Erregungszustande nichts Auffälliges an ihm beobachtet worden sein. Als er nicht mehr leugnen kann, posiert er, setzt für sein ausführliches Geständnis ausdrücklich den Tag im Oktober fest, für den er das nächste Attentat bei Amsterdam geplant hätte. Er weist der Kriminalpolizei tatsächlich eine von ihm vergrabene Aktentasche mit den Krokis bisheriger Tatorte und von Bahnlinien bei Amsterdam, Paris und Ventimiglia nach, in denen die Orte und Daten künftiger Attentate von ihm schon eingezeichnet sind. —

Ein Mensch, so ohnegleichen in der Geschichte der Verbrechen, ist selbstverständlich im höchsten Grade geistig abnorm. „Abnorme Persönlichkeit“ bedeutet, daß die sie kennzeichnenden Eigenschaften nicht, wie etwa physikalischer Verfolgungswahn oder paralytische Größenideen, dem normalen Menschen qualitativ gänzlich fremd, sondern nur — wenn auch selbst ungeheure —

quantitative Abweichungen gegenüber der Norm sind.

Die an sich auf M. zweifellos zutreffende Bezeichnung als schwerer Psychopath umfaßt zu viel und besagt als Kennzeichen für ihn darum zu wenig.

Merkmale für das Vorliegen einer der uns geläufigen klinischen Formen von Geisteskrankheit finde ich in dem Zeitungsmaterial nicht: Für Paralyse spricht nichts. Zyklotymes Irresein kann wohl ausgeschlossen werden. Für wirkliche Schizophrenie sehe ich wenigstens keine Anhaltspunkte; ebensowenig für die seltene echte Paranoia (die Krankheit des Hauptlehrers Wagner, des Massenmörders von Degerloch).

Natürlich zählt M. zu den schizothymen oder schizoiden Konstitutionstypen im Sinne Kretschmers.

Matuschka scheint nicht wie andere Massenmörder (Jack the Ripper, Haarmann, Böttcher, Dencke, Kürten) ein Verbrecher aus aktueller Sexualität zu sein. Aus „aktueller Sexualität“ heißt: aus offenkundiger, dem Täter meist bewußter, Geschlechtslust.

Eine psychoanalytische Fundierung, die in das Unbewußt-Libidinöse zurückgreift, ist nach der Lehre stets möglich. Der Versuch einer solchen ist prinzipiell immer gerechtfertigt, führt aber keineswegs regelmäßig zu den von der Schule versprochenen allgemein einleuchtenden und eindeutigen Ergebnissen. In einen solchen Versuch, der vor allem auf die naturhaften Elemente des seelischen Lebens, konstitutionelle Triebanlage und Libidoschicksale, Regression, Verdrängung, Umgestaltung, einzugehen hätte, kann um so weniger eingetreten werden, als von einer solchen subtilen Erforschung ja nichts vorliegt.

Psychoanalyse ist nicht, wie es starre Psychoanalytiker wohl hinstellen, gleich Psychologie schlechthin. Der Vergleich sei erlaubt: Wissenschaftliche Beschreibung und Einordnung eines Bauwerkes in Ansehung des Baustiles der Raumbauweise der Baugesinnung ist möglich, ohne daß Baukonstruktionslehre oder Herkunft der Baustoffe behandelt werden muß.

Klinisch und kriminalpsychologisch scheint mir M. so schwer rubrizierbar wie meines Erinnerens der Massenmörder von Finkenkrug bei Berlin und namentlich der Fall Angerstein, bei dem eine erstaunliche Diskrepanz zwischen Tat und Täter unaufgelöst blieb.

Die Häufung solcher Monstra in unserer Zeit (wie in manchen früheren Zeiten) scheint darauf zu deuten, daß sie nicht bloß individuell determiniert, sondern auch von der Blutwolke, die seit fast 20 Jahren über Europa liegt, irgendwie beeinflusst ist.

Der Verzicht auf tiefenpsychologische, auf psychoanalytische Ergründung schließt also eine charakterologische Zergliederung nicht aus, und für eine solche bietet der Fall Fugen zum Einsetzen.

Erstens: M. ist ein Entarteter, wobei uns bei der Benutzung dieses vieldeutigen, vielfach verschwommen und nach Laune gebrauchten Wortes der Sinn vorschwebt, den Kurt Hildebrandt (Norm und Entartung des Menschen. Niels Kampmann Verlag) hineinlegt.

Die herkömmlichen Umschreibungen von Entartung — wir meinen E. als Zustand, nicht E. als Vorgang — als biologisch ungünstiger, minderwertiger Abweichung vom Durchschnittstypus, als herabgesetzter Vitalität, erhöhter Krankheitsbereitschaft, Labilität des psychophysischen Systems usw. tragen nicht weit genug und verlieren sich im Allgemeinen. Näher kam dem Wesen der Sache Kraepelin, indem er die Entfremdung von der Natur, d. h. Unsicherheit, Abschwächung, selbst Verlust grundlegender Lebenstribe wenigstens als bezeichnendes Stigma der Entartung anführte.

Die Definition Hildebrandts hat in einen intuitiv erfaßten zwischen Philosophie und Biologie schwebenden Begriff Ergebnisse der Naturforschung sachlich und folgerichtig hineingenommen. Hildebrandt kennt zwar die Klinik und verwertet sie, hat aber seine Erkenntnis nicht einfach induktiv aus ihr herauswachsen lassen. Darum wird seine Darstellung dem Gegenstande dort nicht gerecht, wo er in sie hinein die typischen Psychosen und — besonders in einer „vierten Stufe der Entartung“ — eine Menge klinischer Tatsachen in einen ihnen unangemessenen Rahmen zwingt: Das Wesen der Zyklothymie z. B. in ihren klassischen Gestalten kann meines Erachtens auf keinen Fall der Hildebrandtschen Formulierung der Entartung mitunterworfen werden. Aber als Ganzes macht seine Lehre eine Fülle bekannter Lebenserscheinungen anschaulich und läßt neu hinzukommende verständlich einordnen.

Für Hildebrandt „liegt die Norm in der Harmonie des Zweckwillens und des Instinktwillens, in welcher sich der Instinktwillen durch den Zweckwillen entfaltet“. Hauptgesetz der Norm sei die unerklärliche Koïnzidenz von produktivem Trieb und Lustgefühl, die eingeborene Harmonie von Dämon und Glück (im Gegensatz zum Hedonismus, zum Utilismus, aber auch zu ethischer Zwecksetzung). Lockerung jener Bindung sei das Prinzip der Entartung. Der Entartete ist ihm der im Kern zerfallene, im Innersten mit sich uneinige Mensch, der (in Abwandlung jenes Nietzsche-Wortes) kaum nach seinem Glücke, geschweige noch nach seinem Werke trachten kann, und statt der instinktiven Zwecksetzung einer äußeren, zumal dem Genuß oder dem Sichselbst-Erleben nachzujagen verdammt ist. Die Entarteten der ersten Stufe klammern sich an ein nützliches Arbeiten, sie suchen noch „in der Welt der Wirklichkeit Werte zu produzieren, die der zweiten Stufe fälschen die Welt und begnügen sich mit der Wirkung in einer Theaterwelt. Denen der dritten Stufe bleibt keine andere Wirkung, als Werte zu vernichten, die Welt zu entwerten“. Die seelische Wurzel ist die Qual der Leere, der klassische Affekt dieser Ent-

artung der Lebensleid, „der Haß gegen den Wert an sich“; ihr schärfster Ausdruck: Das Satanische, die Lust am Bösen. Ihr klassisch gewordenes Beispiel: Herostrat, der Ephesier, der 356 v. Chr. den Tempel der Artemis, wie er auf der Folter bekannte, aus keinem anderen Grunde einäscherte, als um seinen Namen auf die Nachwelt zu bringen.

In Matuschka kann man einen echten Herostraten vermuten. (Ein geheimes Symbol: Die Prägung seiner Weinmarke „Tigerblut“, wovon der Beweggrund ihm vielleicht selbst nicht bewußt ist.)

Zweitens erscheint M. als hysterischer Charakter allerhöchsten Grades. Hysterischer Charakter und seelische Entartung überschneiden sich wohl, decken sich aber nicht völlig.

Was hysterisch ist, kann bekanntlich nicht mit wenigen Worten definiert werden. Als psychologische Mechanismus ist es eine allgemein menschliche Disposition, die von verschiedenen Blickseiten sich sehr verschieden darstellt. Die jetzt so beliebte Einengung des Begriffes zu einer lediglich sozialen Zweckreaktionsweise ist selber eine Art aus der Praxis der Gutachterstätigkeit geborener Zweckreaktion und unrichtig.

Hysterischer Mechanismus und hysterischer Charakter fallen durchaus nicht zusammen. Die Neigung zu hysterischen Mechanismen kann bei durchaus charaktervollen, willensstarken und klugen Menschen auftreten; sie gesellt sich ja auch mit Vorliebe zu bestimmten körperlichen Krankheiten (multiple Sklerose). Will man den hysterischen Charaktertypus, der nicht immer mit hysterischen Mechanismen verbunden zu sein braucht, irgendwie schärfer fassen, so kommt man (mit den Worten von Jaspers) immer wieder auf einen Grundzug: „Anstatt sich mit den ihr gegebenen Anlagen und Lebensmöglichkeiten zu bescheiden, hat die hysterische Persönlichkeit das Bedürfnis, vor sich und anderen mehr zu scheinen als sie ist, mehr zu erleben, als sie erlebensfähig ist. An Stelle des ursprünglich echten Erlebens mit seinem natürlichen Ausdruck tritt ein gemachtes, geschauspielertes, gezwungenes Erleben; aber nicht bewußt gemacht“. Sich selbst bespiegelnd genießt der Hysteriker sich selbst in herangequälten Sensationen. —

Der Drang, wenigstens für kurze Zeit ein anderer zu scheinen als man ist, steckt nun tief in jedem Menschen: Maskenball, Schauspielergelüst, Wunsch und Fähigkeit, sich in einer Rolle selbst zu vergessen. Von Oskar Wilde gibt es eine kurze Erzählung „Die Sphinx ohne Geheimnis“, darin eine Dame von Zeit zu Zeit tief verschleiert ein gemietetes Absteigezimmer aufzusuchen pflegt, — um hier nur Tee zu trinken und zu lesen.

Wo dieser allgemein menschliche Zug, dazu die spezifisch hysterische Begabung ganz im eigenen Theater zu leben, bei Degenerierten zusammentrifft mit dem äußeren Zwang zu heucheln, ein verbrecherisches und zerstörerisches Treiben zu verheimlichen, kann von selbst ein Doppelleben zustande kommen, zu dessen Erklärung es

keiner mystischen Vorstellung von einem „Doppel-Ich“ bedarf.

Im Falle Matuschka liegt es insofern einfach, als er nicht behauptet, daß er während seines Auftretens als friedlicher Bürger von den begangenen und beabsichtigten Untaten nichts wisse. Sein Bewußtsein ist nicht unterbrochen, nicht einmal nach der Zeitungsdarstellung, obgleich diese von Trance spricht und die verbrecherische Neigung mit der dem Fünfzehnjährigen in der Hypnose suggerierten Eisenbahnfahrt in Beziehung setzen möchte.

Daß dieser Vorgang in der Jugend, — vorausgesetzt, daß er nicht journalistisch etwas sehr aufgemacht ist, — unbedingt belanglos gewesen ist, kann allerdings nicht behauptet werden: zwar wirken kriminellen, fremdhypnotischen Eingebungen die persönliche Eigenart und sittliche und vernünftige Hemmungen meist entgegen. Daß aber die Hypnose schlummernde Anlagen zu unerlaubten Taten aktivieren und durch wiederholte böswillige Beeinflussung sogar jemandes Charakter allmählich erst verderben kann — besonders indem das einmal in Gang gebrachte seelische Geschehen sich autosuggestiv immer erneut potenziert —, ist nicht nur theoretisch möglich, sondern auch praktisch erwiesen (vgl. diese Zeitschrift 1924 S. 246). —

Es kommt nun vor, daß in jedem neuen hypnoiden Zustande die Erlebnisse der früheren auftauchen, im Wachen dagegen verschwunden sind; andeutungsweise habe ich das sogar in spontanen hysterischen Dämmerzuständen gesehen. Meist laufen aber doch Fäden herüber und hinüber. Die Möglichkeit der Tatsache zweier Erlebnisreihen ist von der allgemeineren der „zwei Seelen in unserer Brust“ nicht durch eine unüberbrückbare Kluft abgetrennt.

Aber das hypnogene sogenannte Doppelbewußtsein stellt — insoweit es sich nicht auf Belangloses beschränkt sondern Eigenschaften sich ändern (was auch therapeutisch und pädagogisch verwertet wird) — nur die experimentelle Erweckung von Anlagen dar, die in dem Individuum potentiell vorhanden waren. Es handelt sich dabei durchaus nicht grundsätzlich immer um unbewußte Anlagen; bewußte und unbewußte Wesenszüge können heraufgeführt werden. Das überrascht nicht: Auch der Gesunde lernt sich nur aus seinem Handeln in den Situationen des Lebens kennen. A priori weiß niemand was in ihm steckt, welche Triebe und Gegentriebe aus der Tiefe her wirken können. Reaktionen und Impulshandlungen „zeigen uns Abgründe unseres Charakters, die wir im gemächlichen Dahinleben des Alltags nicht geahnt haben“. Im Bildnis des Dorian Gray von Wilde ist die böse Nachtseite dichterisch symbolisiert.

Während aber in der Regel die Charakterentwicklung zur Vereinheitlichung strebt — die dann eben die Verschiedenheit der Menschen von edel bis schlecht herstellt — während auch die Neurose, und sie in gewissem Sinne am meisten, selbst der Charakter wird, erscheint uns eine ungewöhnliche Unausgeglichenheit hin und wieder

als ein unbegreifliches Nebeneinanderstehen zweier Charaktere zu verschiedenen Zeiten in einem Menschen.

Davon sehen wir aber bei unseren selbst mehr oder weniger abnormen Mitmenschen doch nur Ansätze: Ein quasi Doppel-Ich kennen wir doch nur — in sehr verschiedener Gestaltung — aus ausgesprochen pathologischen Zuständen: nämlich als die manischen und depressiven Phasen der Zyklothymen; wir finden es bei vielen Schizophrenen dergestalt, daß sie für ganze Erlebnisreihen völlig das Aktivitätsbewußtsein verlieren, von dem das seelische Erleben des Gesunden stets begleitet wird.

Das Wort Doppel-Ich hat man gelegentlich auch angewandt auf jene lang ausgedehnten epileptischen Dämmerzustände, wo ein Kranker in nur leichter Bewußtseinstrübung äußerlich geordnet selbst wochenlange Reisen macht u. dgl. Solche Fälle, allerdings nicht gerade von sensationeller Höhe, habe ich auch gesehen; sie sind aber doch recht selten. Ihre Vorform ist das Nachtwandeln (Lady Macbeth!).

Eine ganz andere, mit mehr Recht so bezeichnete, Art von Doppel-Ich finden wir in den Phänomenen der Hysterie. Nur bei Ausnahmeständen solcher Herkunft ist (soviel ich weiß) beobachtet worden, daß sie durch ein Sondergedächtnis, das gegen das wache Leben abgesperrt ist, unter sich zusammengehalten werden können. Die Regel ist diese Absperrung auch hier nicht.

Sie war nicht vorhanden bei einem von mir untersuchten mit schwerster Hysterie behafteten jungen Mädchen von im Grunde durchaus nicht verworfenem Charakter aus schwer degenerierter Familie — und bei einem Parallelfalle, der vor 40 Jahren spielte und den ich nur aus der Krankengeschichte kenne — die beide, aus ihnen selbst rätselhaften Motiven und bestimmt nicht als Heimwehdelikt, ihnen anvertraute kleine Kinder erstickt haben.

Hysterische Phänomene sind die Vorbilder für die Unterhaltungsliteratur geworden, die den Gegenstand oft aufgegriffen und entstellt hat, so z. B. in dem bekannten Schauspiel von Paul Lindau „Der Andere“: Ein Staatsanwalt plant als Nachtwandler verschiedene Verbrechen und bricht schließlich bei sich selbst ein. Er hat als Staatsanwalt keine Ahnung vom Verbrecher und der Verbrecher weiß nichts vom Staatsanwalt.

Ob nicht auch der Werwolfsglaube, die Lykanthropie, in solchen Phänomenen eine seiner Quellen hat?

Selbstverständlich ist das „Doppel-Ich“ nicht ein wirkliches, sondern nur ein Schema für den Tatbestand, das bei Hysterischen und Hypnotisierten zwei — es können aber auch mehr sein — Gedächtnisketten lange Zeit unabhängig voneinander abrollen können.

Ich kannte eine Frau, die während einer zwar legitimen aber aus anderen Gründen für sie beschämenden Schwangerschaft im hysterischen

Dämmerzustände buchstäblich verscholl und ohne Erinnerung an ihren Namen und ihr Vorleben (bei auszuschließender Simulation) sich in einer fremden Stadt fünf Jahre lang redlich mit ihrer Hände Arbeit durchbrachte, bis das Auftauchen einzelner Erinnerungsfetzen in Verbindung mit äußeren Umständen die Rekognoszierung ermöglichte.

Solche Bewußtseinsspaltungen sind bei Matuschka nicht bekannt. Zu den außerordentlichen Fällen in dieser Hinsicht gehört er nicht. In anderer Hinsicht finden wir gut bekannte Verbrecherzüge wieder, nur in unerhörter Steigerung: den verirrtten Erlebensdrang (perverse Sensationslust) und den rückgeworfenen autistischen Geltungsdrang um jeden Preis. (Herostrot. — Kaiser Nero: „qualis artifex pereo!“ — Matuschkas theatrales Geständnis).

Hierzu einen Beitrag: Eine gebildete Dame aus guter Schicht, eine höchst phantastische und schriftstellerisch begabte Person, wurde von mir in Sachen wegen Landesverrates für das Reichsgericht begutachtet: Sie hatte nicht nur einen deutschen Patrioten einem uns unfreundlichen Staate ans Messer geliefert, sondern allem Anscheine nach mit eigener Gefahr zugleich auch für Deutschland spionierte, ohne andere Triebfeder als Sensationslust. Bei einem bekannten Putsch war sie im Feuer, auf welcher Seite wußte sie wohl selbst nicht. Ihren nächsten Verwandten blieben Wesensart und Lebenslauf zeitlebens undurchdringlich. Bei den Akten fand ich einen Brief, in dem ein Arzt die angesehene Familie auf die krankhafte Charakteranlage des damals ganz jungen Mädchens hinwies, mit dem ausdrücklichen Rat seinen Brief als Dokument aufzuheben, man würde ihn einmal brauchen. Der Brief war 21 Jahre alt!

Matuschka hat auch die der Kriminalpolizei so nützliche Neigung vieler Verbrecher, ihre eigene Tat immer wieder zu kopieren. Man hat von einer Erfindungsarmut der Gewohnheitsverbrecher,

und besonders bei den Giftmischerinnen, die zu unzähligen Morden schließlich als Selbstzweck schritten, geradezu von einem „Wiederholungszwang“ gesprochen. (Marquise de Brinwilliers, die Geheimrätin Ursinus am Ende des 18. Jahrhunderts, Gesche Margarete Gottfried in Bremen u. v. a.; jetzt hört man wieder von einer Lehrersfrau in der Mark.)

Was bei den Giftmischerinnen und auch bei Matuschka grell hervorsteht, ist die Lust an der riesigen Wirkung mit einem Fingerdruck aus dem Verborgenen: auch dieser Zug ist nichts ab origine Pathologisches. Wir erkennen Wurzeln davon schon in dem archaischen Glauben an die Allmacht der Wünsche in der Magie der Worte und Verwandtem. Er tritt uns entgegen bei der Frau, die der Photographie des Ungetreuen die Augen durchsticht (Todeszauber) oder ihm heimlich etwas Menstrualblut im Kaffee beibringt, um ihn wiederzugewinnen (Liebeszauber). Die Freude des Menschen an kleiner Ursache und großer Wirkung finden wir, in ganz anderer Weise genossen und verkörpert, in tausend nützlichen technischen Erfindungen.

Endlich übertrifft Matuschka alle anderen bekannten großen Verbrecher in dem, was man auch Selbstverratszwang genannt hat, was erhöhter Genuß der Macht, des Überwindens der Gefahr, Spielsucht, vielleicht auch etwas wie unbewußte Selbstbestrafungstendenz ist, jedenfalls aber nichts mit Reue zu tun hat. Kürten in Düsseldorf hat eine mit eigener Hand gefertigte Zeichnung des Ortes, wo er eines seiner Opfer vergraben hatte, anonym an die Kriminalpolizei geschickt. Daß aber je ein Mörder so weit im Spiel mit dem Feuer der Entdeckung gegangen ist wie M. nach der Tat von Bia-Torbagy, hat man nie gehört. —

Es geht nicht an, während ein Kriminalprozeß noch schwebt, nur auf Grund von Zeitungsartikeln eine Ansicht über die Zurechnungsfähigkeit auszusprechen.

Dr. Bernhardt, Nervenarzt, Potsdam, Wörther Straße 11.

Öffentliches Gesundheitswesen.

 **Warum** 
gibt es im Winter keine
Fliegen & Mücken?

Von

Dr. v. Schuckmann in Berlin-Lichterfelde.

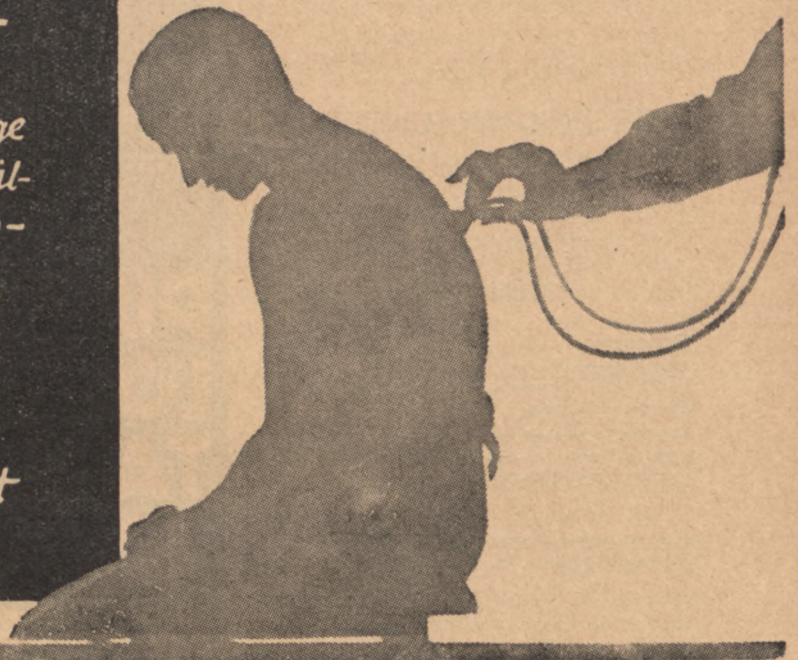
Es ist eine allgemein bekannte Tatsache, daß Fliegen und Mücken nur während der wärmeren Jahreszeit, oft allerdings bis ziemlich weit in den

Herbst hinein, in so großer Zahl auftreten, daß sie dem Menschen lästig und seiner Gesundheit unter Umständen gefährlich werden. Bei den Fliegen ist diese Tatsache darauf zurückzuführen, daß im Herbst weitaus die Mehrzahl dieser Insekten zugrunde geht. Bei den Mücken hat man jedoch zu unterscheiden zwischen den sogenannten Hausmücken einerseits und den sogenannten Wald- und Wiesenmücken (Freilandmücken) andererseits. Die befruchteten Weibchen der Hausmücken, deren verbreitetste und bekannteste Art die gemeine Stechmücke oder Singschnake (*Culex pipiens* L.) ist, ziehen sich im Herbst, oft zu Hunderten oder gar Tausenden, in geeignete Räume und Schlupfwinkel zur Winterruhe zurück, und daher entsteht der Eindruck, als ob diese lästigen Quälgeister

Enhetonin- Hustensaft

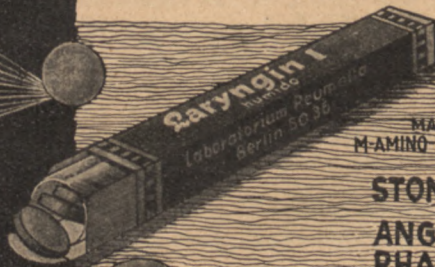
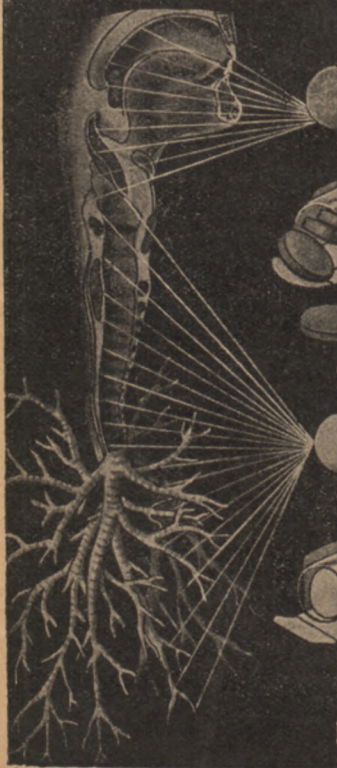
außergewöhnliche Erfolge
bei Husten jeder Art, Erkäl-
tungen, Grippe, Pneumo-
nien, Keuchhusten
Jetzt billiger.

E. Merck, Darmstadt



DIE SIEGER

IM KAMPF GEGEN DIE ERKRANKUNGEN DER
RACHENHÖLE UND ATEMWEGE



LARYNGIN I

(SEKRETIONSHEMMEND)

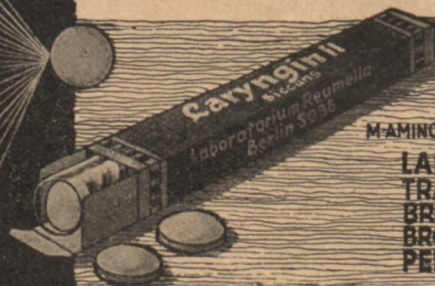
20 PASTILLEN RM 3,-

MAGNES. TANNIC. D.R.P. 479229. PARAFORM,
M-AMINO-P-OXYBENZÖESÄURE-METHYLESTER, CORRIGENT
BEI

STOMATITIDEN
JEDER ART

ANGINA
PHARYNGITIS
TONSILLITIS
LARYNGITIS

ADSTRINGIEREND
ANAESTHESIEREND
ANTISEPTISCH



LARYNGIN II

(SEKRETIONSFÖRDERND)

20 PASTILLEN RM 1,-

BENZÖL, BENZÖESÄURE, NATR. CARB.
M-AMINO-P-OXYBENZÖESÄURE-METHYLESTER, CORRIGENT
BEI

LARYNGITIS
TRACHEITIS
BRONCHITIS
BRONCHIOLITIS
PERTUSSIS

SEKRETIONSREGULIEREND
EXPEKTORIEREND
ENTZÜNDUNGSHEMMEND
ANAESTHESIEREND



ZUR KRANKENKASSENVERORDNUNG FAST ÜBERALL ZUGELASSEN
LABORATORIUM REUMELLA, BERLIN S.O. 36.

SYMPATOL



KOLLAPS
HERZERKRANKUNGEN
HYPOTONIEN
ASTHMA
HEUFIEBER
RHINITIS

Dosierung:

Akute Indikationen:

1—2 Ampullen — intravenös, intramuskulär, subkutan.

Chronische Zustände:

1—2 Tabl. 3—5 mal tägl. oder 15—20 Tropfen Sympatol liquid. Als Spray in 2,5—5% Lösung (Sympatol liquid, 4 bezw. 2 mal verdünnt).

C. H. BOEHRINGER SOHN A.-G.
NIEDER-INGELHEIM a. Rh., HAMBURG

**PULVER
LÖSUNG
TABLETTEN
AMPULLEN**



Verlag von Gustav Fischer in Jena

Die Sinnesempfindungen in Ilias und Odyssee

Von

Otto Körner

Dr. med., Dr. phil. h. e., Professor in Rostock

(„Jenaer medizin-historische Beiträge.“

Hrsg. von Prof. Dr. Theod. Meyer-Steineg. Heft 15)

V, 61 S. gr. 8° 1932 Rmk 3.—

Inhalt: Historisch-kritische Einleitung. / Farbensinn. / Gehör. / Geruch. / Geschmack. / Gefühl. / Literatur. / Deutsches und griechisches Register.

Von den naturgeschichtlichen und ärztlichen Kenntnissen des homerischen Zeitalters erregte die Schilderung der Sinnesempfindungen erst nach der Mitte des 19. Jahrhunderts lebhaftes Interesse, als Gelehrte und Laien durch die Behauptung überrascht wurden, die homerischen Griechen wären farbenblind gewesen, und auch ihr Hör- und Riechvermögen hätte noch nicht die hohe Leistungsfähigkeit gehabt wie im 19. Jahrhundert. In philologischen, augenärztlichen und ethnologischen Büchern und Fachzeitschriften, sowie in populärwissenschaftlichen Organen wurde diese Behauptung bald zustimmend, bald ablehnend behandelt, und das Endergebnis war die entschiedene Ablehnung der Hypothese seitens aller beteiligten wissenschaftlichen Kreise.

Indessen ist der lange Streit nicht nutzlos gewesen, denn die falsche Annahme hat sich als wirksame Arbeitshypothese erwiesen und viel Gutes und Neues zutage gebracht. Man hat dabei Wert und Unwert der verschiedenen philologischen, naturgeschichtlichen, ethnologischen und ästhetischen Betrachtungsweisen besser kennen und logische Mißgriffe vermeiden gelernt, so daß die Bahn zu einem besseren Verständnis des Empfindungsvermögens nicht nur der Augen, sondern auch der übrigen Sinnesorgane in der homerischen Zeit frei geworden ist.

im Herbst ebenfalls zugrunde gingen. Die Weibchen und Männchen der Freilandmücken dagegen sterben tatsächlich sämtlich nach Beendigung ihres Fortpflanzungsgeschäftes, und auch die Männchen der Hausmücken bleiben nur bis zum Eintritt kälterer Witterung im Herbst am Leben. Da aber alle Mückenmännchen den Menschen nicht stechen, sondern sich ausschließlich von Pflanzensäften ernähren, so hat ihr Tod eine Verminderung der lästigen Mückenplage nicht zur Folge.

Als Ursache für das Massensterben der Fliegen im Herbst kommt in erster Linie eine Infektionskrankheit in Betracht, die regelmäßig zum Tode der von ihr befallenen Tiere führt. Ihr Erreger ist der Schimmelpilz *Empusa muscae* Cohn, der zur Familie der sogenannten Entomophthoreen gehört. In den erkrankten Tieren, die als solche an ihrer Trägheit zu erkennen sind, entwickelt dieser Pilz schlauch- bis fadenförmige, oft vielfach verästelte Hyphen. Diese zerfallen später in einzelne kurze Glieder, und deren Verteilung im Blut des Tieres führt zu einer Infektion des ganzen Tierkörpers, der das befallene Insekt schließlich erliegt. Äußerlich tritt aber die Pilzinfektion der Fliegen erst in Erscheinung, wenn das Innere der Tiere schon ganz von dem Pilzmyzel ausgefüllt ist; es dringen dann zahlreiche Hyphenäste nach außen vor und schnüren an ihren freien Enden Sporen von zartem Bau und bald erlöschender Keimkraft, sogenannte Konidien, ab. Dadurch, daß die reifen Konidien meist abgeschleudert werden, entsteht um die toten Fliegen herum ein charakteristischer Hof aus feinem, weißem Staub. Gelangen abgeschleuderte Konidien zufällig auf in der Nähe befindliche, gesunde Fliegen, so können sie durch Entsendung eines Keimschlauches in das Innere des betreffenden Tieres dessen Infektion herbeiführen. Ob *Empusa muscae* auch Dauersporen mit längerer Keimfähigkeit bildet, hat noch nicht mit Sicherheit festgestellt werden können. Besonders begünstigt wird das Zustandekommen einer *Empusa*-infektion der Fliegen durch plötzliche Temperaturerniedrigung, wie sie im Herbst häufiger aufzutreten pflegt; bei Annäherung des Winters sterben daher besonders viele Fliegen an der *Empusa*-krankheit.

In unseren Breiten hat aber auch die im Herbst eintretende Abkühlung an sich schon den Tod zahlreicher Fliegen zur Folge: Diese Insekten verfallen nämlich unterhalb einer bestimmten Temperaturgrenze, die z. B. für die weitverbreitete

gemeine Stechfliege (*Stomoxys calcitrans* L.) bei $+9^{\circ}$ C liegt, in eine Art von Starrezustand, der ihnen die Nahrungsaufnahme unmöglich macht. Sie müssen daher bei längerer Dauer der niederen Temperatur an Hunger zugrunde gehen, weil sie größere Mengen von Vorratsnährstoffen in Form von Fett in ihrem Körper nicht aufgespeichert haben.

Auch die Männchen der Hausmücken, d. h. derjenigen Mückenarten, die dem Menschen vor allem im Inneren seiner Wohnstätten und in deren näherer Umgebung, namentlich innerhalb von Ortschaften, lästig werden, gehen im Herbst wohl hauptsächlich an Nahrungsmangel zugrunde, denn auch ihnen wird infolge der sinkenden Temperatur die Aufnahme von Pflanzensäften, die, wie erwähnt, ihre einzige Nahrung bilden, unmöglich, und Vorratsnährstoffe, die ihnen ein Überwintern ermöglichen würden, sind in ihrem Körper nicht vorhanden. Die befruchteten Hausmückenweibchen dagegen, deren Körper zu Beginn der kalten Jahreszeit als Vorratsnährstoffe größere Fettmassen enthält, bleiben in geeigneten Räumen (z. B. Kellern, Schuppen, Speichern, Garagen usw.) in einem Starrezustand so lange am Leben, bis sie bei Eintritt wärmerer Witterung im Frühjahr ihre Eier abgelegt haben. Allerdings fällt auch eine nicht unbedeutliche Anzahl befruchteter Hausmückenweibchen, die nicht rechtzeitig zur Winterruhe geeignete Schlupfwinkel haben aufsuchen können, im Herbst der Kälte zum Opfer, und in sehr strengen Wintern kann sogar ein Teil der in Kellern usw. überwinterten Hausmückenweibchen infolge zu starker Abkühlung des sie beherbergenden Raumes eingehen, wie das bei uns in Deutschland z. B. während des sehr kalten Winters 1928/29 beobachtet worden ist.

Der Tod der Freilandmücken, d. h. derjenigen Mückenarten, die vor allem in Wäldern, auf Wiesen, Feldern usw. oft zur unerträglichen Plage werden, ist in der Hauptsache wohl auf physiologische Ursachen zurückzuführen, denn er tritt nicht erst im Herbst, sondern noch während der wärmeren Jahreszeit ein, wenn die Männchen und Weibchen dieser Mückenarten das Fortpflanzungsgeschäft beendet haben. Die Überwinterung der Freilandmücken erfolgt im Eistadium im Freien, und zwar an solchen Stellen, die im Frühjahr infolge von Regengüssen, Schneeschmelze usw. vorübergehend unter Wasser stehen.

Dr. W. v. Schuckmann, Berlin-Lichterfelde, Gerichtsstr. 12.

Ärztliches Fortbildungswesen.

Rentenneurose und ärztliche Praxis.

Von

Dr. G. Winkler,
Nervenarzt in Gleiwitz.

Es soll nicht Zweck dieser Zeilen sein, in die viel umstrittenen Fragen der Invaliden-, Unfalls- und Reichsversorgungsbegutachtung einzugreifen, zumal es sich hierbei um Beurteilungen handelt, die das Produkt der Lage des Einzelfalles, der Ausbildung des begutachtenden Arztes, zum Teil auch dessen persönlicher Einstellung zu der Kompensationsfähigkeit organischer Störungen sind. Es soll vielmehr zu folgenden Fragen Stellung genommen werden: In welcher Form begegnen dem Arzt Störungen auf körperlichem und seelischem Gebiete, die im wesentlichen mit den psychologischen Wirkungen des Rentenkampfes in ursächlichen Zusammenhang zu bringen sind? Wie erkennt er solche Zustände? Wie soll er sich in den entsprechenden Fällen verhalten?

Der in der freien Praxis tätige Arzt wird, soweit er nicht von seiten einer Behörde zur Erstattung eines Gutachtens aufgefordert wird, häufig von Patienten aufgesucht mit der Bitte um Attestierungen, bei denen eine gutachtliche Äußerung über die Einschätzung des Grades der Erwerbsminderung oder über die Frage des ursächlichen Zusammenhanges mit einem Unfall oder mit dem Militärdienst verlangt wird. Attestierungen sind selbstverständlich Privilegien jedes Arztes. Eine wenig erfreuliche Tatsache ist es jedoch, daß von seiten der Kollegen nicht selten die Grenzen der Beurteilungsmöglichkeit überschritten werden. Ganz abgesehen davon, daß die Begutachtungen häufig gründliche fachärztliche Ausbildung und im Einzelfalle unter Umständen längere klinische Beobachtung erforderlich machen, werden die Schwierigkeiten oft außer acht gelassen, die eine Begutachtung ohne Aktendurchsicht macht. Es dürfte sich deshalb in jedem Falle empfehlen, Ansichten über Arbeitsfähigkeit und kausale Beziehungen mit einer gewissen vorsichtigen Einschränkung zu äußern. Die psychologische Wirkung, die derartige mit apodiktischer Sicherheit verfaßten gutachtlichen Äußerungen auf den Rentenbewerber selbst ausüben, ist jedem in Begutachtungen erfahrenen Arzt genügend bekannt. Eine eingehendere Erörterung über diesen unerfreulichen Zweig ärztlicher Tätigkeit erübrigt sich jedoch, da es sich im wesentlichen um Fragen des ärztlichen Verantwortungsgefühles und der Standesethik handelt.

Zu einem bisher ungelösten Problem wird die Beziehung „ärztliche Praxis und Rentenneurose“ durch den Umstand, daß der Patient den Arzt häufig zum Zwecke der „Behandlung“ aufsucht. In diesem Zusammenhange dürfte vielleicht darauf hingewiesen werden, daß die rentenneurotische Einstellung, auf deren Wesen hier nicht näher ein-

gegangen werden soll, trotz des engen sozial-psychologischen Zusammenhanges von der bewußten Simulation streng zu trennen ist. Es ist durchaus verfehlt, das Leidenserleben derartiger Patienten als „unecht“ zu betrachten und die Behandlung deshalb von vornherein abzulehnen. Eine solche Einstellung ärztlicherseits ist allein aus dem Grunde nicht gerechtfertigt, da die Trennung des „organischen“ und „psychogenen“ auf Grund unserer Anschauungen über die psychophysischen Beziehungen allein auf unüberwindbare Schwierigkeiten stößt. In Betracht gezogen werden hier lediglich die Fälle, bei denen dem Rentenkampf die überwiegende Rolle an den Krankheitsäußerungen und dem Krankheitserleben beizumessen ist. Es soll dabei völlig gleichgültig sein, ob die Ansprüche zu Recht oder zu Unrecht erfolgen, ob es sich lediglich um eine durch soziale Schwierigkeiten und Entschädigungsansprüche ausgelöste Reaktion handelt, bei der weder Vorgeschichte noch Befund einen Anhaltspunkt für entschädigungspflichtige Unfalls- oder Kriegsfolgen ergeben, oder ob es sich um einwandfrei objektiv nachweisbare als „organisch“ zu bezeichnende Krankheitserscheinungen handelt, die durch die seelische Einstellung des Kranken in besonderem Grade gefärbt werden. Gerade letztere Fälle dürften als Beweisgründe hierfür angesehen werden, daß die Ablehnung der Behandlungsbedürftigkeit in vielen Fällen nicht gerechtfertigt ist. Daß z. B. nervöse Beschwerden und Auftreten von epileptischen Anfällen nach Schädelverletzungen, arterieller Hochdruck, Schmerzzustände nach Knochen- und Gelenkverletzungen, Neuralgien usw. in ausreichender Weise somatisch behandelt werden müssen, auch wenn die auf Rentenansprüche gerichtete seelische Einstellung die Störungen in erheblichem Grade verstärkt, steht außer allem Zweifel. Es ist dabei zu berücksichtigen, daß das „Psychogene“ selbst schwerere körperlich-organische Störungen hervorrufen kann (z. B. Inaktivitätsatrophien, Ankylosierung von Gelenken infolge Nichtgebrauchs, Beeinflussung des Vasomotoriums usw.). Erst kürzlich ist von Goldstein (Das psychophysische Problem in seiner Bedeutung für ärztliches Handeln, Ther. Gegenw. 1931 H. 1) auf Grund der von diesem Autor vertretenen Anschauungen über das „Wesen des Organismus“ auf die Unmöglichkeit hingewiesen worden, das „Psychische“ von dem „Physischen“ zu trennen. Wenn wir auch bei Begutachtungen aus juristisch-technischen Gründen gezwungen sind, das „echt Organische“ von dem „psychogenen Beiwerk“ zu trennen, dürfen wir trotzdem nicht in unserem therapeutischen Handeln diese Scheidung vornehmen. Es ist dem von Weizsäcker vertretenen Standpunkt durchaus beizupflichten. „Die solche Zustände begleitende Einstellung ist zwar nicht rentenberechtigt, aber therapieberechtigt“ (Soziale Krankheit und soziale Gesundheit, Julius Springer 1930). Weizsäcker erwähnt jedoch auch die Schwierig-

keiten, die eine derartige Stellungnahme in formallogisch juristischer Beziehung bietet, da Behandlungsbedürftigkeit nach dem bestehenden Gesetz meist nur in rentenberechtigten Fällen in Frage kommt.

Die grundsätzliche Schwierigkeit in der Behandlung derartiger Zustände ist in der Ambivalenz der Willensrichtungen zu suchen, d. h. in dem Vorliegen zweier entgegengesetzt wirkender Willensrichtungen. Eine von vornherein als selbstverständlich anzunehmende Voraussetzung für den Behandlungserfolg, soweit es sich nicht um die Behandlung psychotischer Zustände handelt, ist der in keinerlei Beziehung abgelenkte Wille des Patienten, von seinen Beschwerden befreit zu werden. Man würde einem Teil der als Rentenneurotiker bezeichneten Kranken zweifellos ein Unrecht tun, wenn man ihnen den „ehrlichen Willen“, gesund zu werden, in Abrede stellen würde. Trotzdem darf man die Tatsache nicht außer acht lassen, daß die entgegengesetzt wirkende Willensrichtung, die Beschwerden zum Zwecke der Sicherung und des Gewinnens äußerer Vorteile sich zu erhalten, in den Fällen, die man mit dem Ausdruck „Rentenneurose“ bezeichnet, die mächtigere ist. Es ist eine allgemein bekannte Tatsache, daß die rein somatische Behandlung psychoneurotischer Erscheinungen in den meisten Fällen sehr wenig oder gar nichts ausrichtet. Für die Rentenneurose muß der Satz gelten; die rein somatische Behandlung ist schädlich. Daß wir auf Grund des oben über Behandlungsbedürftigkeit angeführten der stereotypen, in versorgungsamtsärztlichen Gutachten ausgeführten Redewendung: „Behandlung, die nur zur Fixation der psychogenen Störungen beitragen könnte, ist weder zuständig noch erforderlich“ keine Allgemeinbedeutung anerkennen dürfen, steht außer allem Zweifel. Cum grano salis ist die Stellungnahme jedoch innezuhalten, da hier unter „Behandlung“ im wesentlichen nur die Methoden der „Badekur“ und die übliche, keineswegs immer zweckentsprechend ausgeführte medikamentöse und physikalische Therapie verstanden werden. Weizsäcker hat in letzter Zeit günstige Erfolge durch Besprechung der Lage des Einzelfalles (Konflikt und Milieu), durch Erörterungen über Wesen, Ziele und Grenzen der Versicherungsordnungen und durch zweckentsprechende somatische Behandlung erzielt. Zweifellos hat er dadurch den rationellen Behandlungsmodus eingeschlagen. Auch jedem in der Praxis tätigen Nervenarzt werden Patienten innerlich sein, die z. B. die durch einen Unfall verursachten Beschwerden ursprünglich schwer überwinden, pessimistisch gegenüber ihren Gesundheitsaussichten eingestellt sind, deshalb sich fest an ihren Sicherungsglauben klammern, trotzdem aber durch zweckentsprechende somatische Behandlung und suggestive Beeinflussung geheilt und arbeitsfähig werden können. Voraussetzung für den Erfolg einer derartigen Behandlung ist u. a. die Sicherheit des ärztlichen Verhaltens, die sich auf gründliche Untersuchungen, auf Berücksichtigung des

psychischen Zustandes, insbesondere der Persönlichkeit des Kranken und seines Milieus (Beruf, Stellungsverhältnisse) stützt. Diese Einstellung, die in dem Begriff der nervenärztlichen Tätigkeit als solcher enthalten ist, stößt in der Praxis auf zur Zeit unüberwindbare Schwierigkeiten. Die Tatsache, daß fast alle Rentenneurotiker ständig sich in ärztlicher Behandlung befinden und trotzdem nicht ihre Arbeitsfähigkeit wiedererlangen, spricht dafür, daß die freie ärztliche Tätigkeit bei der Behandlung derartiger Zustände bisher völlig versagt hat. Der Grund hierfür ist zunächst in der Tatsache zu erblicken, daß der vielbeschäftigte Kassenarzt nicht die Zeit hat, sich mit den einzelnen Patienten eingehend zu beschäftigen und deshalb den Krankheitszustand als solchen nicht richtig beurteilen kann. Wie spielen sich nun die therapeutischen Maßnahmen in derartigen Fällen ab? Berücksichtigt werden hierbei lediglich nur die körperlichen Beschwerden. Kopfschmerzen, schlechter Schlaf, allgemeines Mattigkeitsgefühl, Schmerzen in den Gliedern und im Rumpf usw. Da der Tätigkeit eines jeden Arztes eine große Auswahl pharmakotherapeutischer Methoden zur Verfügung steht, dürften dem ärztlichen Handeln zunächst keinerlei Schwierigkeiten im Wege stehen. In den meisten Fällen werden ferner noch besondere Wünsche der Patienten berücksichtigt (Krankschreiben, Beantragung eines Erholungsurlaubes bei der Krankenkasse usw.).

Auf Grund dessen, was oben über die Behandlung der Rentenneurotiker bereits ausgeführt worden ist, wird man deshalb durchaus zu dem Schluß berechtigt sein, daß das System der kassenärztlichen Behandlung — in den meisten Fällen handelt es sich um Sozialversicherte — bei derartigen Zuständen nicht nur nichts ausrichtet, sondern sogar schädlich ist. Diese Feststellung kann von allen Ärzten, die auf Grund von Untersuchungen und Aktenstudien in Invaliden-, Militär- und Unfallsbegutachtungen Erfahrung haben, bestätigt und zu einer besonderen Dignität durch die Tatsache werden, daß die meisten Rentenneurotiker, wie bereits erwähnt, Sozialversicherte sind und sich fast ausnahmslos ständig in ärztlicher Behandlung befinden.

Es erhebt sich nun die Frage, wie derartige Zustände vom Arzt erkannt werden. Die Schwierigkeit, die so häufig zu psychotherapeutischen Fehlhandlungen Veranlassung gibt, besteht darin, daß der Patient zunächst seine Rentenangelegenheit gar nicht vorträgt, sondern den Arzt lediglich zum Zwecke der Linderung seiner Beschwerden aufsucht. Zwar kann allein die äußere Form, in der der Patient den Arzt bereits das erste Mal konsultiert, den Verdacht nahelegen (Reichsbehandlungsschein; „ich komme wegen meines Kriegseleidens;“ „ich komme wegen meines Unfalles“). Nach längerer Beobachtung dürfte jedoch auch dem oberflächlichen Beobachter, der keine Zeit für eine eingehende Beschäftigung mit dem Kranken aufbringen kann, die diesen Zuständen eigen-

tümliche Reaktionsweise nicht entgehen. Die meisten derartigen Kranken zeigen ein Verhalten, das eine Teilerscheinung des in Sozialversicherungsangelegenheiten so häufig diskutierten Begriffes „Begehrlichkeit“ darstellt. Es wird stets zum Ausdruck gebracht, wie wenig bei dem „schweren Leiden“ durch die Behandlung ausgerichtet wird. Es werden stets bestimmte Mittel verlangt, die allein geeignet sein soll, die Beschwerden zu lindern. Besonders häufig wird (nicht selten bereits bei der ersten Konsultation) die Krankschreibung gefordert. Gegenvorstellungen, daß die Arbeit doch versuchsweise ausgeführt werden könnte, werden meist in ablehnender Form beantwortet. Dieses Verhalten, das außer den Kassenärzten vor allem den Krankenkassenvorständen bekannt ist und deshalb bereits durch neue Gesetzesänderungen („Sparsamkeitsprinzipien“, „wirtschaftliche Verordnungsweise“) zu wenig erfreulichen Einschränkungen der ärztlichen Behandlungsfreiheit geführt hat, findet man bei den rentenneurotischen Sozialversicherten in der klassischsten Form vor. Dazu kommt das hypochondrisch-demonstrative Verhalten derartiger Persönlichkeiten, wie es in allen über dieses Thema gehaltenen Abhandlungen bereits beschrieben worden ist. Die psychologischen Motive, die zur Verstärkung der Beschwerden führen, sind nicht schwer aus den Patienten herauszufragen. Der Einwand, daß ein Ausfragen der Patienten in dieser Richtung das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten erschüttern könnte, ist ohne weiteres zu widerlegen, da ein der Lage des Einzelfalles angemessenes taktvolles Vorgehen davor ohne weiteres bewahrt. Oft genügt allein die Frage, ob und in welcher Höhe eine Rente bezogen wird, um die Patienten zu veranlassen, dem Arzt alles anzuvertrauen. Die Schritte, die der Arzt dann zu unternehmen hat, wenn er sich Klarheit über das Vorliegen einer Rentenrose verschafft hat, sind von selbst vorgeschrieben.

Er sucht sich zunächst auf Grund einer Untersuchung zu überzeugen, ob die Rentenansprüche erfolglos oder erfolgreich sein können. In letzterem Falle sind in vorsichtigem Stil verfaßte Attestierungen durchaus empfehlenswert. Im ersteren Falle muß er bestrebt sein, dem Patienten auseinanderzusetzen, daß eine Fortführung des Rentenverfahrens für ihn wenig Aussicht bieten könnte. In den seltensten Fällen wird sich jedoch der Patient mit derartigen Gegenvorstellungen, mögen sie auch noch so stichhaltig sein, zufrieden geben. Der Arzt wird dann dem Patienten anraten müssen, zum Zwecke der einwandfreien Klärung je nach der Lage des Verfahrens einen Neuantrag zu stellen oder eine Berufung einzulegen. Eine diesbezügliche Anweisung ist besonders in solchen Fällen zu geben, in denen der Arzt sich ohne Aktendurchsicht und ohne komplizierte Untersuchungsmethoden, die nur bei klinischer Beobachtung ausgeführt werden können, keine Klarheit verschaffen kann. Hier gilt als Richtlinie: möglichst baldige Erledigung. Grundsätzlich verfehlt ist die Ver-

zögerung, wie sie in den meisten Fällen durch die monate- bis jahrelang ausgeführte wenig zweckentsprechende rein somatische Behandlung ausgeübt wird. Die psychologische Wirkung, die ein solcher Behandlungsmodus auf Kranke ausübt, geben folgende Worte am besten wieder: „Der Arzt ist erschrocken gewesen, als er mich zum ersten Male gesehen hat. Seit dem Unfall stehe ich ständig unter der Einwirkung von Medikamenten und bekomme in letzter Zeit auch häufig Einspritzungen. Ein Medikament nehme ich gegen das Herzklopfen, ein anderes gegen die Schlaflosigkeit, ein anderes gegen die Appetitlosigkeit und wieder ein anderes gegen die Kopfschmerzen. Im ganzen bin ich wie eine Medizinflasche.“ Es handelte sich hier um eine junge Dame, die ich für eine Privatversicherungsanstalt begutachtete. Sie hat durch Anfahren von einem Automobil eine nervöse Schreckreaktion erlitten und darauf Klage gegen die Versicherung eingereicht.

Die schädlichste Maßnahme, die sehr häufig von Ärzten ausgeführt, weil sie von Patienten angefordert wird, ist die Krankschreibung. Daß eine derartige Maßnahme, die die Patienten von der ablenkenden Arbeitstätigkeit fernhält, in diesen Fällen nur ungünstige Wirkungen ausüben kann, versteht sich von selbst. Es ist auch besonders in letzter Zeit von nichtärztlicher Seite der Mißbrauch gerügt worden, der mit dieser Maßnahme getrieben wurde. Zwar handelte es sich hier meistens um Sparsamkeitsrücksichten; da gewohnheitsmäßig durchgeführte Krankschreibungen eine schwere wirtschaftliche Belastung für die Krankenkassen bedeuten, sind von gesetzgeberischer Seite bereits Gegenmaßnahmen ergriffen worden, die die Behandlungsfreiheit des Arztes auf das empfindlichste beeinträchtigt haben. Auch ärztlicherseits ist von standesethischen Gesichtspunkten über diese Frage wiederholt diskutiert worden. Vielleicht dürfte es von Wichtigkeit sein, auch einmal zu betonen, daß die Krankschreibung auch von rein hygienisch-gesundheitlichem Standpunkte als schädlich zu verwerfen ist, wenn eine kritische Durchprüfung des Falles ergeben hat, daß Arbeitsunfähigkeit im Sinne des Gesetzes nicht vorliegt, daß es sich hier im wesentlichen um Störungen handelt, die mit dem Bewußtsein des Versicherungseins in Zusammenhang stehen.

Bei Renten-neurotikern werden Krankschreibungen nicht selten auch aus einem anderen Motiv gefordert. Es handelt sich hierbei keineswegs immer um das Bewußtsein der Arbeitsunfähigkeit, auf Grund dessen von dem Arzt eine derartige Bescheinigung verlangt wird, sondern in erster Linie um eine Form des Rechtsstettes, der Beweisgründe für das Vorliegen einer Erwerbsminderung erfordert. Es ist auch ohne weiteres verständlich, daß es keinen triftigeren Beweisgrund für das Vorliegen einer Erwerbsminderung gibt als den Nachweis, häufig behandelt und wegen des in Frage stehenden Leidens ärztlicherseits krank geschrieben worden zu sein. Man wird

freilich auch hierbei nicht moralisch richten dürfen, zumal doch das Gesetz selbst derartige Nachweise fordert: „Bei Anträgen auf Erhöhung einer bewilligten oder Wiedergewährung einer entzogenen Versorgung sind die Voraussetzungen des geltend gemachten Anspruches glaubhaft zu machen. Ohne Glaubhaftmachung ist die Behörde nicht verpflichtet, einen Bescheid zu erteilen. Das gleiche gilt, wenn früher abgelehnte Anträge erneut gestellt werden.“ (Gesetz über das Verfahren in Versorgungssachen, 10. I. 1922, § 79). Die Folgen, die die Fassung dieses Paragraphen verursacht hat, dürften ursprünglich übersehen worden sein. Wer bei Unfalls- und Militärversorgungsbegutachtungen auf die Termine der Antragsstellung und der Krankenschreibungen achtet, wird hierbei eine geradezu erschreckende Übereinstimmung bemerken. Freilich kann man hieraus auch die umgekehrte Schlußfolgerung ziehen: der Rentenbewerber hat einen Antrag gestellt, weil er sich krank gefühlt hat. Auf Grund einer genaueren kritischen Durchprüfung läßt sich dieser Einwand jedoch in den meisten Fällen widerlegen. Es stellt sich häufig heraus, daß der Betreffende wegen Arbeitsmangels entlassen worden ist, daß daraufhin ein Renten Antrag gestellt wurde, und daß etwa zu gleicher Zeit die Krankmeldungen erfolgt sind. Verständlich wird hierdurch auch die scharfe Betonung des Nachweises der Krankmeldung und der Arbeitsunfähigkeit, wie man sie in den Begründungsschreiben bei Neuansträgen und Berufungen lesen kann. Unter Umständen werden die Absichten auch von weniger erfahrenen und weniger gewandten Rentenbewerbern, die in dieser Hinsicht von ihren Organisationen (Reichsbund der Kriegsbeschädigten usw.) beraten werden, in naiver Form verraten. In solchen Fällen wird der Arzt, selbsterklärend der Lage des Einzelfalles ange-

maßen, entschieden einen schroffen, ablehnenden Standpunkt einnehmen müssen. Wenn man auch, wie bereits erwähnt, die Ursache für derartige Maßnahmen vielmehr in der Gesetzgebung als in der Eigenart des Rentenbewerbers selbst suchen muß, wird man trotzdem nicht umhinkönnen, diese Handlungsweise als eine bewußte Irreführung der Ärzte, der Krankenkassen und der in den Rechtsstreit verwickelten Behörden zu bezeichnen.

Es ist dem Verfasser dieser Zeilen bewußt, nichts Neues berichtet zu haben. Trotzdem scheinen die ärztlicherseits gemachten Fehlhandlungen darauf hinzuweisen, daß diese Vorgänge, die auch Laien (Krankenkassenvorstände, Arbeitgeber usw.) voll durchschauen, die Tätigkeit des Arztes in der Praxis bisher wenig berührt haben. Es sei hier nochmals betont, daß der Arzt (nicht nur der begutachtende, sondern in gleichem Grade der behandelnde) bei allen Rentenverfahren im Mittelpunkt steht. Von dem Urteil des behandelnden Arztes hängt es ab, ob Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wird oder nicht. Von dem Rat des behandelnden Arztes hängt es ab, ob das Rentenverfahren bald zur Erledigung kommt oder durch weitere nur schädlich wirkende kassenärztliche Behandlung in die Länge gezogen wird. Das Urteil des behandelnden Arztes, der Arbeitsunfähigkeit bescheinigt hat, wird stets als unwiderleglicher Beweisgrund im Rechtsstreit vorgebracht, trägt in den meisten Fällen zur Verstärkung der Rechtsneurose bei und vermag dadurch bei langdauernden Fällen in der Tat eine dauernde Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit zu verursachen. Die Erklärung der Arbeitsunfähigkeit, die Krankenschreibung, stellt eine Handlungsweise dar, die für den Arzt nicht nur in kassentechnischer und standesethischer Beziehung, sondern auch im Interesse der Gesundheit des Kranken verantwortlich ist.

Dr. G. Winkler, Nervenarzt, Gleiwitz, Wilhelmstr. 7

Aus ärztlichen Gesellschaften.

In der Sitzung der **Berliner medizinischen Gesellschaft** vom 20. Januar 1932 sprach Prof. Ueber, Direktor der I. inneren Abteilung des städtischen Krankenhauses Berlin-Westend über das Schicksal der Zuckerkranken. Seine Erfahrungen stützen sich auf eine Krankenziffer von ungefähr 8000 Fällen. Auch bei der Frage nach dem Schicksal der Zuckerkranken muß man zwischen den Formen des echten insulinären Diabetes und den extrainsulinären Zuckerausscheidern trennen. Die letztere Krankheit, wenn man hier überhaupt von einer solchen sprechen will, gehört in die Gruppe der sympathikotonischen Reizglykosurie und besteht oft das ganze Leben. Sie ist diätetisch nicht zu beeinflussen und ihr Auftreten und Grad sind von der nervösen Stimmungslage abhängig. U. hat diese extrainsulinäre Glykosurie in ungefähr 2 Proz. seiner Fälle gesehen, darunter einen Kranken, den er bereits seit 1904 beobachtet. Eine erbliche Belastung der echten Diabetesfälle ist in ungefähr $\frac{1}{4}$ nachweisbar. Gewisse Schwierigkeiten in der Beurteilung machen die Zwischenstufen, hier ist mehrfache klinische Beobachtung notwendig zur Feststellung der endgültigen Diagnose. Auf die Gesamtzahl der Bevölkerung gerechnet, machen die Diabetiker ungefähr 2,3 auf Tausend aus. Die Umwälzung in der Behandlung des Diabetes hat das Insulin gebracht, welches heute zusammen mit der Diät Schulung berechtigt, die Prognose des Diabetes mit einem durch die Erfolge nachzuweisenden Optimismus als günstig zu stellen.

Die Fälle mit relativer Insulinresistenz finden ihre Erklärung darin, daß eine endokrin bedingte Labilität durch die Einwirkung des Adrenalin und Thyroxins besteht. Sie sind verhältnismäßig selten. Eine Heilung kann natürlich durch das Insulin nicht erreicht werden, aber die Kranken werden zuckerfrei und arbeitsfähig. Dem Vorschlag Stoltes, bei Kindern die Kost nicht zu beschränken, glaubt U. nicht folgen zu sollen, da er der Auffassung ist, daß dadurch an den noch gesunden Inselapparat zu große Anforderungen gestellt werden. Auch dem Vorschlag von Porges, der reichlich Kohlehydrat und wenig Fett gibt, möchte er nicht beitreten. Kein anderes Mittel hat bisher das Insulin verdrängen können und die Erfahrungen mit Ersatzpräparaten, die der Vortragende gemacht hat, läßt ihn immer wieder auf das Insulin zurückkommen. Auch orale Applikationen oder die intramuskuläre Verabreichung des französischen Präparats Lipensyl haben sich nicht bewährt. Ganz besonders eklatant sind die Erfolge beim Koma. Kein Diabetiker, der innerhalb der ersten acht Stunden nach dem Beginn des Komats in Behandlung kam, ist seinem Leiden erlegen; sie sind alle wieder arbeitsfähig geworden (195 Fälle), darunter ein Kranker, der innerhalb von 24 Stunden 560 Einheiten verabreicht erhielt. Beachtlich sind die Einwirkungen schädlicher Art, die Infekte, z. B. Schnupfen, Bronchitis usw. auf den Diabetiker haben. Eine besondere Gefahr stellt die Lungentuber-

kulose dar und man sollte immer in denjenigen Fällen, in welchen die Toleranz schnell sinkt, an die Entwicklung einer Lungentuberkulose denken (Röntgenbild). Über die Gefäßveränderungen glaubt U. daß sie weniger vom Diabetes, als vielmehr von dem jeweiligen Alter des Kranken bedingt sind. Für die chirurgischen Komplikationen hat er gefunden, daß sie nicht anders verlaufen, seitdem wir das Insulin haben, als bei Nichtdiabetischen. Interessant ist die Zunahme der Schwangerschaften

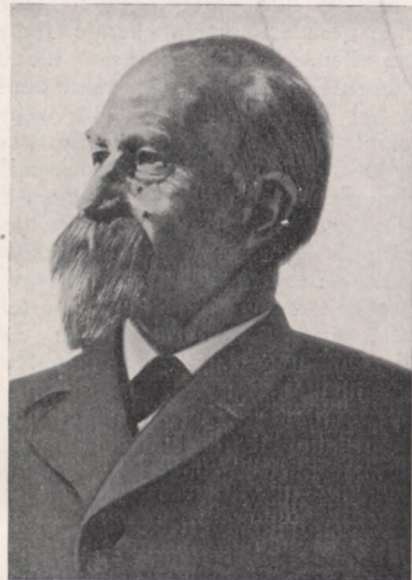
seit der Einführung des Insulins. Naunyn hat nur einen Fall von Schwangerschaft bei Diabetes gesehen, U. verfügt schon heute über 44 Fälle. Nach der Geburt soll man mit dem Insulin herabgehen, da die Toleranz jetzt wieder ansteigt. Es ist notwendig, die Kranken auch nach der Entlassung aus dem Krankenhaus weiter zu beobachten. U. schildert, wie dieses mit Hilfe einer Fürsorgerin an seiner Abteilung geschieht und wie das Zusammenarbeiten mit den Ärzten in bester Harmonie erfolgt. H.

Geschichte der Medizin.

Franz Koenigs 100. Geburtstag.

Am 16. Februar jährt sich zum 100. Male der Geburtstag von Franz Koenig, der der älteren Ärztesgeneration wohl noch persönlich bekannt sein dürfte. Geboren als Sohn des damaligen Leibarztes des Landgrafen von Hessen in Rotenburg (Hessen) studierte Koenig von 1851—1855 in Marburg, wo er auch den Doktor erwarb. Nach Ablegung des Staatsexamens ging Koenig zunächst als Badearzt nach Alexanderbad im Fichtelgebirge. Später wurde er an der medizinischen Klinik in Marburg Assistent, ging darauf nach Berlin, um Gräfe und Langenbeck zu hören und kehrte dann nach Marburg zurück, um kurze Zeit an der chirurgischen Klinik Assistent zu sein. Nach einem kurzen Aufenthalt als praktischer Arzt in Homberg (Hessen) wurde Koenig, der inzwischen sein Physikalexamen gemacht hatte, Kreisphysikus in Hanau und benutzte den dortigen Aufenthalt zu chirurgischer Spezialausbildung. 10 Jahre später kam er als Ordinarius für Chirurgie nach Rostock, wo er im Jahre 1875 an schwerem Gelenkrheumatismus erkrankte. Im Jahre 1876 erschien zum erstenmal sein Lehrbuch der „Speziellen Chirurgie“. Von 1875—1895 wirkte Koenig als Ordinarius für Chirurgie in Göttingen und folgte dann einem Rufe als Nachfolger Bardelebens nach Berlin. Hier entfaltete er eine große klinische und wissenschaftliche Tätigkeit und wurde u. a. auch Vorsitzender der Berliner Medizinischen Gesellschaft.

Am 12. Dezember 1910 rief ihn der Tod aus einem an Ehren und Arbeit reichen Leben hinweg. Von seinen zahlreichen Arbeiten seien außer der „Speziellen Chirurgie“ noch diejenigen über



„Tuberkulose der Knochen und Gelenke“ und seine Bearbeitung der „Herz- und Gefäßkrankheiten“ in Epstein-Schwalbes Handbuch besonders genannt.
C. Kayser (Berlin).

Das Neueste aus der Medizin.

Rückgang der deutschen Bevölkerung?

Stirbt Deutschland zahlenmäßig aus? Wird der von uns zur Zeit so beengend, von unseren Nachbarn so beängstigend empfundene Überdruck der „zwanzig Millionen zuviel“ (Clemenceau!) sich in Unterdruck verwandeln, wird aus dem Volk ohne Raum in absehbarer Zeit ein Raum ohne Volk werden? Vielfach herrscht Neigung, solches anzunehmen, es wird stimmungsmäßig geglaubt und auch, mit Vorliebe unter Heranziehung der modernen Zeugungsmoral, „bewiesen“. Ist es aber wahr?

Ein Mathematiker, kühl, klar und leidenschaftslos, wie es sich für solche Leute gehört, verneint es, Prof. R. v. Mises, der berühmte Direktor des

Instituts für angewandte Mathematik an der Berliner Universität. Der sehr beachtliche Aufsatz ist in Naturwiss. H. 4 erschienen und durchaus lesbar für jedermann; er betitelt sich „Altersschichtung und Bevölkerungszahl in Deutschland“. v. Mises geht aus von den Fehlerquellen, welche die Beurteilung einer aus der Sterblichkeitszahl erschlossenen Bevölkerungskurve stören können. Er zeigt, daß alle derartigen Gedankengänge und Schätzungen mathematisch exakt nur bei Betrachtung unendlich langer Zeiträume gelten; „wie ein Hyperbelast sich „asymptotisch“ einer bestimmten Geraden nähert, so streben die Bevölkerungszahlen der einzelnen Altersklassen „asymptotisch“ konstanten Verhältnissen zu, und so geht die Folge der Zahlen der Gesamtbevölkerung im allgemeinen

„asymptotisch“ in eine (steigende oder fallende) geometrische Reihe über“. „Wie aber die Bevölkerung eines Landes in den unmittelbar nächsten Jahren zahlenmäßig beschaffen sein wird, läßt sich nach diesen Sätzen nicht beurteilen.“

Wie aber läßt sich trotzdem etwas voraussagen? v. Mises zeigt, unter welchen Voraussetzungen eine Prognose möglich ist, und er stellt eine Berechnung für den Zeitraum von 1925 bis 1945 an, aus der ein Ansteigen unserer Bevölkerungsziffer von 62 auf 70 Millionen folgt. Für die fernere Zukunft allerdings wäre bei Gleichbleiben der entscheidenden Ziffern, nämlich der Geburten- und Sterbefälle, ein „Bevölkerungsschwund“ zu erschließen.

Eben diese Voraussetzungen hält aber der Verf. durchaus nicht für gesichert, vielmehr erklärt er es für völlig abwegig, hierüber mit einiger Sicherheit etwas auszusagen. Geburts- und Sterbeziffern sind nun einmal wandelbar, und daher können Schlußfolgerungen wie etwa die des Ober-Reg.-Rats Burgdörfer, gegen dessen bekanntes Buch v. Mises polemisiert, keinen Anspruch auf Exaktheit und Brauchbarkeit erheben. Verbessert sich die Sterblichkeitsziffer weiter, wie sie das seit 1900 dauernd getan hat — der Verf. hält das für sehr wahrscheinlich! —, so wird sogar die Bevölkerung auch noch nach 1945 weiter anwachsen. Für die nächsten 15 Jahre jedenfalls ist nach v. Mises, dessen Darlegung in diesem Punkt durchaus überzeugend wirkt, der Pessimismus Burgdörfers gegenstandslos; wir werden mit Sicherheit einstweilen das „Volk ohne Raum“ bleiben. Was später kommt, das wissen die Götter, die Wissenschaft kann da nur schweigen. Es heißt also wie im „Grafen von Monte Christo“: „Warten und Hoffen!“

Die künstlichen Herztöne des Dr. Jacobsohn.

Dr. Leo Jacobsohn, der Charlottenburger neurologische Kollege, der zugleich Radiospezialist ist, macht jetzt Herztöne und -geräusche im Lautsprecher hörbar und braucht, wie er in der „Berliner medizinischen Gesellschaft“ am 27. Januar

zeigte, nicht einmal ein Herz dazu. Er zeichnet sich das Schwingungsbild der akustisch normalisierten Herztöne auf eine durchsichtige Folie in Form von Strichen auf und läßt die Scheibe zwischen einer Lichtquelle und einer lichtelektrischen Zelle rotieren. Die Zelle reagiert mit Stromstößen im Rhythmus der Herzgeräusche auf den Wechsel von Licht und Schatten, und diese Ströme werden mittels Rundfunktechnik — Kathodenröhre! — verstärkt. Es ist das Prinzip des Tonfilms, das hier zu einer anscheinend brauchbaren medizinischen Anwendung gelangt ist. Töne und Geräusche kamen bei der Demonstration durchaus sauber und präzise heraus und riefen den lauten Beifall der Zuhörer hervor. Kam es auch hinsichtlich des Galopprrhythmus zu einer leisen Meinungsverschiedenheit zwischen dem Redner und dem vom Platz des Vorsitzenden aus eifrig und kritisch lauschenden Geh.-Rat Goldscheider, so lautete doch auch das Schlußurteil dieses gefährlichen Sachverständigen anerkennend. Das „akustische Lehrbuch der Herzkrankheiten“ das Leo Jacobsohn nicht schreiben, sondern in mit Wellenformen bezeichneten Folien abfassen will, wird demnach wohl verwirklicht werden und vielleicht für den klinischen und Fortbildungsunterricht Bedeutung erlangen, zumal ja die Methode nicht nur auf die kardialen Erscheinungen anwendbar ist. Die Radioapparatur zur Hörbarmachung der Bilder ist nicht einmal übermäßig kostspielig.

Zeichen der Zeit.

Die „Nachrichten der Ärztekammern für die Provinz Sachsen und die Länder Anhalt und Braunschweig und des Ärzteverbandes Sachsen-Anhalt E. V.“ bringen die Ankündigung eines Tuberkulosefortbildungskurses, der im Magdeburger Sundenburg Krankenhaus am 16. und 17. Januar stattfand, mit dem wörtlichen Zusatz: „Ärzten aus dem Regierungsbezirk Magdeburg und dem Land Anhalt, welchen der Besuch des Kurses andernfalls nicht möglich wäre, können auf Antrag die Kosten der Bahnfahrt dritter Klasse und des Hotelzimmers erstattet werden“.

Dr. Richard Wolf (Berlin).

Therapeutische Umschau.

Salyrgan,

das bei intravenöser Injektion so wirkungsvolle Diuretikum, ist auch vom Magen-Darmkanal aus wirksam, wie Fleckseder (Wien. klin. Wschr. Nr. 21) beschreibt. Zur Unterstützung wird Salmiak gegeben, und zwar nach folgendem Rezept: Ammon. chlorat. 5, Aqu. font. 120, Syr. aurant. ad 150; jeden Tag 1 Fläschchen, vom 3. Tag an wird jedem Fläschchen die erforderliche Salyrganmenge zugefügt, und zwar zunächst 1—2 ccm, eventuell später 3—5 ccm der 10proz. Lösung; die Mischung wird je nach Lage des Falles 2—3 Wochen gegeben.

Bei rektaler Darreichung wird 2 Stunden nach einem Reinigungsklysma ein Bleibeklysma von 6 ccm Salyrgan in 20 ccm 5proz. Traubenzuckerlösung mit 20 Tropfen Op.-Tinktur gemacht; außerdem wird Salmiak nach dem obigen Rezept gegeben. Die orale Darreichung erzielt eine anhaltende Diurese, die allerdings nicht so gewaltig wie bei parenteraler oder rektaler Darreichung ist.

Schmerzbekämpfungsmittel

dürften jetzt durch die Betäubungsmittelverordnung besonders aktuell sein. Auer (Ther. Gegenw. Nr. 4) erinnert an das vor 10 Jahren eingeführte

Novalgin der I.G., das sich in dieser Zeit durchaus bewährt hat. Bei intravenöser oder intramuskulärer Injektion tritt die Wirkung außerordentlich schnell ein, bei oraler Darreichung kann man die Wirkung in 10—15 Minuten eintreten lassen, wenn man das Präparat auf nüchternen Magen gibt. Die Wirkung hält 5—8 Stunden an, man gibt 0,5—2 ccm als Einzeldosis und 2—6 ccm als Tagesgabe, per os 3 mal täglich $\frac{1}{2}$ —2 Tabletten. Bei postoperativen Schmerzen wird etwa 6 mal am Tage $\frac{1}{2}$ Tablette gegeben. — Die Schmerzen bei Nachwehen bekämpft Jacoby (Münch. med. Wschr. Nr. 18) mit Optalidon (Sandoz A.G.), von dem sie 2 Tabletten 2—3 mal täglich gibt, und zwar 5—10 Minuten vor dem Anlegen des Kindes. Auch dysmenorrhische Schmer-

zen lassen sich erfolgreich mit Optalidon (2 bis 3 mal 2 Tabletten) bekämpfen.

Zur Masernprophylaxe

hat sich das Rekonvaleszenten Serum bestens bewährt, doch stößt die Beschaffung der erforderlichen Mengen auf Schwierigkeiten. Heymann und Bussel (Dtsch. med. Wschr. Nr. 18) empfehlen daher die Verwendung von Erwachsenenblut. Kinder bis zu 1 Jahr erhalten etwa 20 ccm, Kleinkinder 20—30 ccm. Größere Kinder erfordern so große Mengen, daß man bei ihnen besser mit Rekonvaleszenten Serum arbeitet, von dem 30—60 ccm zu geben sind. Die Injektionen erfolgen intramuskulär.

Johannessohn (Mannheim).

Tagesgeschichte.

Ein Fortbildungskurs über Haut- und Geschlechtskrankheiten wird vom 1. bis 3. März in Frankfurt a. M. von der Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten (Prof. Dr. O. Gans) in Verbindung mit anderen Universitätskliniken veranstaltet. Der Kurs befaßt sich in erster Reihe mit Fragen der Lues und ihren Erscheinungsformen in den einzelnen Spezialgebieten der Medizin. Näheres durch das Büro der Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten Frankfurt a. M., Eschenbachstraße 14. L.

Im Institut Robert Koch findet in der Zeit vom 23. bis 28. Mai 1932 in Kurs über neuzeitliche Anaerobenzüchtung für Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, landwirtschaftliche und technische Bakteriologen statt. Vortragende: Prof. H. A. Gans und Dr. J. Fortner. Beschränkte Teilnehmerzahl. Anfragen an das Institut Robert Koch in Berlin N 65, Föhnerstraße 2. L.

Ein Ferienkurs in Spektroskopie, Interferometrie, Nephelometrie und Refraktometrie für Chemiker und Mediziner soll im März in Jena zum elften Male stattfinden, und zwar wieder in zwei Teilen, einem ersten (vom 10.—12. III.) für Anfänger, insbesondere Studierende und einem zweiten (vom 14.—16. III.) für Fortgeschrittene, zu denen u. a. alle Teilnehmer an einem früheren Ferienkurs gerechnet werden; in diesem Teil wird auch das Pulfrich-Photometer (Stufenphotometer) mit seinen immer mehr wachsenden Anwendungen behandelt. Veranstalter sind wiederum Prof. Dr. P. Hirsch (Oberursel) und Dr. F. Löwe (Jena). Anmeldungen bis 7. III. an Herrn A. Kramer, Jena, Schützenstr. 72. Honorar für Teil I 20 M. Teil II 30 M. Studierende deutscher und österreichischer Hochschulen zahlen 7 bzw. 10 M. L.

Über Konstitution und Krankheit wird von der Universität Heidelberg am Sonnabend, dem 20. und Sonntag, dem 21. Februar ein „Wochenendkurs“ in der Neuen Medizinischen Klinik veranstaltet. Kursstunden am Sonnabend von 2 $\frac{1}{2}$ Uhr ab und am Sonntag von 9—1 Uhr. Die Teilnahme ist unentgeltlich. Programm durch das Städtische Verkehrsamt Heidelberg, das auf Wunsch auch Hotelzimmer (3—7 M.) besorgt. L.

Die „American Association for the study of Goiter“ schreibt einen Preis von 300 Dollar für die beste Originalabhandlung über den Kropf aus. Die Arbeit soll bei der Jahresversammlung der Gesellschaft in Hamilton, Ontario, Kanada am 14., 15. und 16. Juni 1932 vorgetragen werden. Das Manuskript muß in englischer Sprache bis zum 15. März 1932 in den Händen des Sekretärs J. R. Yung, M. D. Rose Dispensary Bldg. Terre Haute, Ind., sein. Manuskripte, die nach diesem Datum eintreffen, werden

für das nächste Jahr zurückbehalten oder auf Ansuchen des Autors zurückgesandt. — Nähere Auskunft erteilt Dr. Michael Guhr, Tatranská Polianka Westzerheim, Hohe Tatra, Tschechoslowakei.

Personalien. Prof. Arthur Bornstein, der Hamburger Pharmakologe, ist in Bad Oeynhausen verstorben. — Dr. Wilhelm Fährdrich, bisher am Sanatorium Lahmann, Dresden, ist zum Chefarzt der inneren Abteilung am Hildegard-Krankenhaus in Berlin ernannt worden. — Prof. Adele Hartmann wurde zur etatsmäßigen Konservatorin an der Anatomischen Anstalt in München ernannt. — Prof. Paul Martini, Chefarzt der inneren Abteilung am St. Hedwigs-Krankenhaus in Berlin, ist das Ordinariat für innere Medizin in Bonn als Nachfolger von Prof. C. Hirsch angeboten worden. — Prof. Martin Nothmann (Breslau) ist zum Chefarzt der Inneren Abteilung des neu erbauten Krankenhauses der jüdischen Gemeinde in Alexandria (Ägypten) ernannt worden. — Dr. med. Ernst Heiß, leitender Arzt des städtischen Krankenhauses in Forchheim, wurde zum Chefarzt des neuen Krankenhauses in Schwandorf, Oberpfalz, ernannt. — Der Direktor des Forschungsinstituts für Hygiene und Immunitätslehre in Berlin-Dahlem, Prof. Ernst Friedberger, ist im Alter von 57 Jahren verstorben. — Prof. Klothilde Gollwitzer-Meier, bisher Chefarztin der inneren Abteilung am Hildegard-Krankenhaus in Berlin, habilitierte sich in Hamburg für Pharmakologie und pathologische Physiologie. — Dr. Werner Schulze, Privatdozent für Chirurgie in Würzburg, habilitierte sich in München. — Dr. Karl Hoede habilitierte sich in Würzburg für Dermatologie.

Erinnerungstage aus der Geschichte der Medizin. 16. Februar 1832. 100 Jahre. In Rotenburg (Hessen) kommt der Chirurg Franz Koenig zur Welt. Nacheinander Professor in Göttingen, Berlin, Jena und wieder in Berlin. Schrieb ein „Lehrbuch der Chirurgie“ und ein „Lehrbuch der speziellen Chirurgie“. 25. Februar 1682. 250 Jahre. Giovanni Battista Morgagni geboren in Forlì. Begründer der pathologischen Anatomie. 28. Februar 1707. 225 Jahre. Arzt Joh. Christian Senckenberg geboren in Frankfurt a. M. Ihm zu Ehren ist die 1817 ins Leben gerufene „Senckenbergische naturforschende Gesellschaft“ benannt. Diese besitzt ein bedeutendes naturhistorisches Museum, läßt naturwissenschaftliche Vorlesungen und Praktika abhalten und veröffentlicht „Abhandlungen, Senckenbergiana“ und einen jährlichen „Bericht“. Mit dem Museum sind die drei Universitätsinstitute für Zoologie, Geologie-Paläontologie und Mineralogie verbunden, mit denen sich die Gesellschaft 1914 an der Gründung der Universität Frankfurt beteiligt hat.

Fortsetzung auf Anzeigenseiten 4, 12 und 13.



Anusol

Hæmorrhoidal-Zäpfchen:
resorbierend, entzündungswidrig, des-
infizierend, juckreizstillend bei Anal-
fissuren, Analrhagaden, Proktitis und
Periproktitis, fast spezifisch wirkend bei

Hæmorrhoiden

GOEDECKE & CO
Chemische Fabrik und EXPORT AG Berlin-Charlottenbg. 1

Pyridium

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



das schmerzstillende perorale Harnantiseptikum

3 mal täglich
1—2 Tabletten

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

Pyridium Corporation, New York

Alleinvertrieb:

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

Notizen.

Tabelle (vgl. nebenstehenden Text).

Zeitraum	Landesteil	Bevölkerungszahl (in Tausenden)	Lebendgeborene	Gestorbene (ohne Totgeborene)	Typhus und Paratyphus	Masern	Scharlach	Zahl der Sterbefälle an:							
								Diphtherie	Grippe	Tuberkulose	Krebs und andere böartige Neubildg.	Rheumatismus, Gicht	Diabetes	Verunglückungen	
1931															
Januar	Groß-Berlin	4331	3 472	5 441	0	4	2	23	293	351	616	17	83	132	
Februar	"	4328	3 190	4 278	0	6	4	15	101	336	585	14	70	118	
März	"	4321	3 477	4 541	2	9	4	18	65	377	564	28	79	132	
April	"	4314	3 110	4 517	2	12	5	8	68	342	539	11	76	132	
Mai	"	4310	3 520	4 274	3	6	5	13	25	368	609	16	80	170	
Juni	"	4305	3 115	3 581	1	5	1	23	7	361	573	13	58	142	
Summe			19 884	26 632	8	42	21	100	559	2135	3486	99	446	826	

BIO CITIN

stärkt Körper u. Nerven



Heilanstalten

von Mitgliedern des Verbandes Deutscher ärztl. Heilanstalts-Besitzer und -Leiter

Geschäftsstelle des Verbandes: Hedemünden a. d. Werra. — Näheres durch Prospekte der einzelnen Anstalten.

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

Dr. Teufschers Sanatorium
Weißer Hirsch Dresden
für Nerven-, Herz-, Stoffwechsel-, Magen- und Darmkrankte.
Streng individ. Pflege.
Besitzer: Sanitäts-Rat **Dr. H. Teufscher**.

Herz-Sanatorium Bad Kudowa
Mineralbäder des Bades im Hause
— Das ganze Jahr geöffnet —
San.-Rat **Dr. Herrmann** Dr. **Georg Herrmann**

Berlin Kuranstalten Westend

Fernspr.: Westend 506

1. Kurhaus mit modernst. Komfort. 2. Villa Sibylle für Minderbemittelte der gebildeten Kreise. Sanatorien für Erholungsbedürftige und Neurosen.
3. Psychiatrische Abteilung.

Alle Methoden der Psychotherapie. Entziehungs-, Fieber-, Schlafkuren.
Prof. Dr. Henneberg, Dr. Schlomer, Dr. Möllenhoff

Waldsanatorium Dr. Hackländer
Essen-Bredeneß
Wiedfeldstraße 40-42 / Ruf Essen 43136
Für Nervenkrankte und Erholungsbedürftige
Winter geöffnet

Bad Mergentheim
Dr. A. Bofinger
Diätkuranstalt am Frauenberg
Klin. Behandl. inn. Krankheiten. Magen-, Darm-, Stoffwechselkrankte, spez. Zuckerkrankte.

San.-Rat **Dr. Bieling's Waldsanatorium**
TANNENHOF
Friedrichroda i. Thür.
Heilanstalt für innere und Nervenleiden. Spezialität: Kuranstalt für Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten (Zucker, Fettleibigkeit, Basedow unter Grundumsatzkontrolle).

Lungenheilanstalt
Bad Reiboldsgrün
i. Vogtland
700 m ü. d. M. in waldreicher Umgebung
Leitender Arzt: **Dr. W. Lindig**
Behandlung nach modernen Grundsätzen

DDr. Fraenkel-Oliven's Sanatorium „Berolinum“
Berlin-Lankwitz, für Nerven- u. Gemütskranke, für jede Art organischer od. funktioneller Störung des Centralnervensystems, Entziehungs-, Schlaf- und Malariakuren, sowie für freiwillige Pensionäre.
San.-Rat **Dr. Fraenkel, Berlin-Lankwitz**, Viktoriast. 60. Fernspr.: G. 3, Lichterfelde 0800

Christophsbad Göppingen, Württ.
Dr. Landerer Söhne
Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke. Offenes Landhaus für Leichtkranke und Erholungsbedürftige.
Ärztliche Leitung **Dr. F. Glatzel**.

Sanatorium „Waldhaus“ BERLIN-NIKOLASSE
Kurhaus für Nerven- und Gemütskranke, Entziehungskuren. Verschied. Verpflegungsklassen.
Fernspr.: Wannsee G. 4, 5856 und 6287. Leit. Aerzte: San.-Rat **Dr. Nawratzki** u. **Dr. Arndt**.

DR. BÜDINGEN'S KURANSTALT
KONSTANZ AM BODENSEE TELEFON 478

Herz Nerven

innere
Seiden

PROSPEKTE VERLANGEN!

Sülzhayn-Südharz
Sanatorium Stubbe für
Leicht-lungenkranke
Ärztl. Leit.: San.-Rat **Dr. E. Kremser**.

Dr. Hertz'sche Kuranstalt
für Nerven- und Gemütskranke
Entziehungskuren
BONN a. Rh. Tel. Sammel-Nr. 3141
San.-Rat **Dr. Wilhelmy, Prof. Dr. König**

WIESBADEN
Sanatorium Determann
für innere u. Nervenkrankte, in schönster Lage am Kurpark, Paulinenstr. 4. Tel. 2147. Aerzte: **Prof. Dr. H. Determann, Dr. W. Schmitt**.

Notizen.

Epidemiologischer Bericht.

Von

Dr. Fritz von Gutfeld,

Direktor der Bakteriologischen Abteilung
im Städtischen Krankenhaus am Urban zu Berlin.

Die nebenstehende Tabelle enthält Angaben über die Bewegung der Bevölkerung von Groß-Berlin in den ersten 6 Monaten des Jahres 1931. — Neu hier aufgenommen sind die Rubriken „Akuter und chronischer Rheumatismus, Gicht“, „Zuckerkrankheit, Diabetes“ und „Verunglückungen“ (Tabelle).

Besonders hinzuweisen ist auf einen Rund-erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt betr. Bekämpfung des Paratyphus (abgedruckt im Reichsgesundheitsblatt vom 25. März 1931).

Palm'sche Apotheke  Schorndorf (Württemberg)

Pasta Palm

(Name als Marke geschützt)

**Ärztlich empfohlenes
Abführmittel**

für Erwachsene u. Kinder.

Beliebt wegen seines Wohlgeschmacks
und seiner zuverlässigen Wirkung

PASTA PALM enthält nur rein pflanzliche, auch bei
längerem Gebrauch unschädliche Stoffe.

Bei den Krankenkassen Württembergs und Groß-Hamburgs
zugelassen. Sonst kassenüblich.

Supersan

(Menthol - Eucalyptol - Injektionen Dr. Berliner)

$\frac{1}{2}$ Fl. (20 ccm) $\frac{1}{2}$ Fl. (10 ccm)

Kassenpackung 10 ccm Inhalt

Klinikpackung 100 ccm Inhalt

Ampullenpackung 5 Stück à 1,2 ccm

" 10 " à 1,2 "

" 5 " à 3,3 "

Ampullen 1 Stück à 5,5 ccm

Das Spezialmittel gegen
**Grippe, Pneumonien, Bron-
chitis, Pertussis, Sepsis
puerperalis.**

Literatur bereitwilligst kostenlos.
Kronen-Apotheke, Breslau V.

Das billige, zur Krankenkassenverordnung zugelassene

Phenalgetin

Acetylal. Phenacetin \bar{a} 0,25 Cod. ph. 0,01 Nuc. Col. 0,05. Ärztemuster auf Wunsch

**Antineuralgicum · Antidolorosum
Antirheumaticum · Antipyreticum**

Preisermäßigung!

O.P. 20 Tabl. = 1,25 O.P. 10 Tabl. = 75
1.05 —.65

Dr. Hugo Nadelmann · Steffin



Das vorzüglich u. prompt wirkende Naturprodukt
NEDA-Fruchtewürfel
anzuwenden bei chron. Obstipation.

NEU ist die maschinelle Verpackung in
kuschierten Aluminiumfolien zu
1 und 3 Würfel verpackt, welche ein Aus-
trocknen verhindern, Haltbarkeit und Wirksam-
keit erhöhen. Versuchsproben zu Diensten.

NEDA WERK · MÜNCHEN 13



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

Bei **Probestellungen u. Literatur-Anforderungen** bitten
wir die Herren Aerzte sich auf die „**Zeitschrift für ärztliche
Fortbildung**“ zu beziehen.

O. D. Zinkmull Hartmann

auf oligodynamischer Grundlage nach Doz. Dr. Bruno Pfab.

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

Verwendungszweck: Ulcera jeder Art, nässende Ekzeme.

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

Alleinhersteller:

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

Bezugsquellen - Register — Adressennachweis

für das Fachgebiet des Arztes

Augenläser

Optisch-oculistische Anstalt Josef
Rodenstock, Nachf. Optiker Wolf
G. m. b. H. München, Bayerstraße 3,
Berlin W, Leipziger Straße 101—102.

Medizinische Zeitschriften

Münchn. u. Deutsche mediz. Wochen-
schrift 1920—25 je 5.50 Mk.; 1926—30
je 7.50 Mk. — Klin. Wochenschrift
1925—27, 1929 je 9.— Mk. bietet frei-
bleibend an Siegfried Seemann, Berlin
NW 6, Karlstr. 18.

Mikroskope

Optisch-oculistische Anstalt Josef

Rodenstock, Nachf. Optiker Wolf
G. m. b. H. München, Bayerstraße 3,
Berlin W, Leipziger Straße 101—102.

Optiker

Optisch-oculistische Anstalt Josef
Rodenstock, Nachf. Optiker Wolf
G. m. b. H. München, Bayerstraße 3,
Berlin W, Leipziger Straße 101—102.

Photo-Apparate

Optisch-oculistische Anstalt Josef
Rodenstock, Nachf. Optiker Wolf
G. m. b. H. München, Bayerstraße 3,
Berlin W, Friedrichstr. 59—60.

Röntgenapparate

Rich. Seifert & Co., Hamburg 13.
Röntgen-, Diathermie- und Anschluß-
apparate.

Röntgen-Photomaterial

Diagnostik-Hilfsmittel u. aufnahme-
technisches Material für Röntgen-
betriebe. C. H. F. Müller, Aktien-
gesellschaft, Hamburg-Fuhlsbüttel;
Berlin NW 6, Luisenstr. 41; München,
Brienerstraße 8 (Luitpoldblock); Köln,
Domkloster 1, I.; Frankfurt a. M.,
Kronprinzenstr. 17.

Röntgenröhren

Röntgenröhren für Diagnostik und
Therapie. C. H. F. Müller, Aktien-
gesellschaft, Hamburg-Fuhlsbüttel.

Röntgenschutz

Röntgenschutz-Artikel und Zubehö-
teile für Röntgenbetriebe. C. H. F.
Müller, Aktiengesellschaft, Hamburg-
Fuhlsbüttel.

Säuglingspuppe

Werkstätte der Käthe Kruse-Puppen
Bad Kösen.

Handbuch der gesamten Therapie in sieben Bänden

Sechste, umgearbeitete Auflage

Herausgeber:

Prof. Dr. N. Guleke
Jena

Prof. Dr. F. Penzoldt †
Erlangen

Prof. Dr. R. Stintzing
Jena

Mit 1205 zum Teil farbigen Abbildungen im Text

1926—1928 XLVI, 6681 Seiten

in Halbleder gebunden Rmk 297.—

auf Grund der Notverordnung abzügl. 10 % = Rmk 267.50

★

- Band I: Infektionskrankheiten. Vergiftungen. Erkrankungen des Stoffwechsels, des Blutes, des Lymphsystems, der endokrinen Drüsen.
- Band II: Erkrankungen der Verdauungswerkzeuge.
- Band III: Erkrankungen der Atmungswerkzeuge, der Kreislaufwerkzeuge, der Harn- und männlichen Geschlechtswerkzeuge.
- Band IV: Erkrankungen des Nervensystems. Geisteskrankheiten.
- Band V: Erkrankungen des Bewegungsapparates. Geschlechts- und Hautkrankheiten. Physikalische Heilverfahren. Augenkrankheiten.
- Band VI: Chirurgie.
- Band VII: Ohrenkrankheiten. Frauenkrankheiten. Geburtshilfe.

★

... Für den Praktiker ein unerschöpflicher Quell erschöpfender Belehrung in allen therapeutischen Fragen. . . . Jeder Arzt, der das Bestreben hat, in seinem therapeutischen Handeln „auf der Höhe“ zu bleiben, sollte sich das Handbuch anschaffen.

Sanitätsrat Dr. Vollmann

in „Ärztliches Vereinsblatt“ 1. Dez. 1928

Verlag von Gustav Fischer in Jena

Ueber das elektrische Schneiden mit der Drahtschlinge

in der operativen Dermatotherapie und kleinen Chirurgie,
unter besonderer Berücksichtigung der Hauttuberkulose

von

Priv.-Doz. Dr. med. Vinzenz Wucherpfnigg

Ass.-Arzt der Univ.-Hautklinik Münster (Westf.)

Mit einem Geleitwort von Prof. Dr. A. Stühmer

Direktor der Univ.-Hautklinik Münster

Mit 82 Abbildungen im Text

VIII, 84 S. gr. 8^o

1932

Rmk 7.—, geb. 8.50

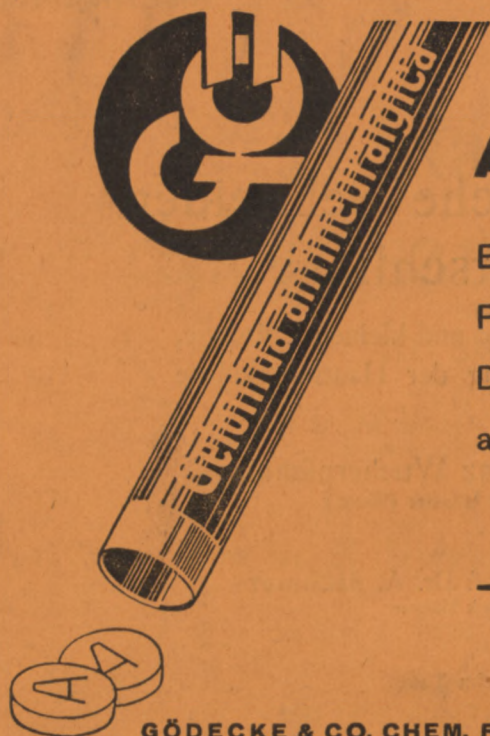
Inhalt: 1. Einleitung. / 2. Geschichtliche Vorbemerkung. / 3. **Das elektrische Schneiden**: Der schneidfähige Strom. Das schneidende Instrument. Die drei Schnittarten. Die Blutstillung durch Koagulation. / 4. **Methodik des elektrischen Schneidens mit der Drahtschlinge**: a) Vorbereitung und Ausführung der Operation. b) Wundversorgung und Heilungsverlauf. / 5. **Die Anwendung der Schlinge** in der operativen Dermatotherapie und kleinen Chirurgie. a) Hauttuberkulose. b) Hautgeschwülste und andere kleine chirurgische Eingriffe. / Sachregister.

Durch zahlreiche Veröffentlichungen der medizinischen Fachpresse sind die Aerzte über das elektrische Schneiden aufgeklärt worden, so daß kein Zweifel mehr über seine Vorteile besteht. Es mag jedoch noch die Ansicht vorherrschen, daß nur die große Chirurgie diese Methode recht ausnützen könne, und zwar vor allem bei fortgeschrittenen Krebsleiden, die wegen ihrer großen Ausdehnung für einen Eingriff mit dem Skalpell nicht mehr geeignet sind. In dem vorliegenden Buch aber werden Erfahrungen und Erfolge mitgeteilt, die seit 1927 ausschließlich durch kleine chirurgische Operationen erzielt wurden. Es sind nicht so sehr die Erfolge an sich, die Interesse finden dürften. Wichtiger noch ist die Art des Schneidens. Wenn man bis heute annahm, daß es nur einen spaltförmigen Schnitt gäbe, so werden hier zum erstenmal die Möglichkeiten des Hohlchnittes in der Chirurgie an vielen Beispielen dargetan. Da aber mit der elektrisch schneidenden Drahtschlinge auch spaltförmige Schnitte ausgeführt werden können, ist die Vielseitigkeit der Schlinge größer als die irgendeines elektrisch oder mechanisch schneidenden Instrumentes.

Es ist inzwischen allgemein anerkannt, daß der elektrische Schnitt nicht nur blutsparend ist, sondern auch eine bessere Uebersicht des Operationsfeldes selbst ermöglicht. Beides aber kann nur erreicht werden, wenn mit genügend breiter Verkochungszone geschnitten wird. Der Autor aber hat von Anfang an mit schmalster Koagulationszone geschnitten und die dann eintretende größere Blutung mit einer Koagulationssonde gestillt. Auf diese Weise wurde eine schnellere und bessere Heilung der Wunden erzielt, ohne die Vorteile einzubüßen. Man kann sogar sagen, daß die Uebersichtlichkeit des Operationsfeldes durch die der Schlinge beigegebene und stets bereite, aber während des Schneidens nicht störende Koagulationssonde besser hergestellt werden kann als wenn nur mit einer messerförmigen Elektrode und breiterer Verkochungszone geschnitten wird. Die Gewebe sind bei schmaler Koagulationszone und Blutstillung durch die Sonde in der vollkommen trockenen Wunde an ihrer Eigenart und Struktur gut zu erkennen.

Durch den neuartigen Schnitt, den Hohlchnitt, und seine vielen Abarten, ist eine Erweiterung der chirurgischen Technik gegeben und es bedarf noch einiger Jahre der Erfahrung und kritischen Würdigung, ehe die Grenzen neu abgesteckt sein werden.

Der Verfasser zeigt für das Gebiet der kleinen Chirurgie und der operativen Dermatotherapie zahlreiche neue Möglichkeiten, vor allem aber in der Behandlung des Lupus und der Hautgeschwülste.



GELONIDA ANTINEURALGICA

Bei Grippe, Erkältungskrankheiten,
Pneumonie, Neuralgien, Rheumatismus,
Dysmenorrhoe, bei Zahnextraktionen und
anderen postoperativen Schmerzen so-
wie zur Schmerzverhütung

Literatur und Proben für Ärzte kostenlos
Von den meisten Krankenkassen zugelassen

GÖDECKE & CO. CHEM. FABRIK A.-G. BERLIN-CHARLOTTENBURG 1



ROBURAL

Enthält: Optimal assimilierbare Albuminate, Lipoide, Vitamine, Phosphate, Kalk-, Strontium-, Eisen-, Mangan-Verbindungen, hochaktive Kieselsäure.

Wohlgeschmeckend, leicht resorbierbar

Roborans, Tonicum, Antirachiticum

Restlose Assimilation, reeller Eiweißansatz, regulative Mineralisation, gesteigerte Blut- und Knochenbildung.

Hochwertiges, dabei billigstes Roborans, bringt schnelle Gewichtszunahme, beschleunigte Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit.

Erschöpfungszustände, Unterernährung, konsumierende Erkrankungen (Tuberkulose usw.), Neurasthenie, Anorexie, Rekonvaleszenz.

Bester Zusatz zu jeder Diät. Per os oder in Nähr-Klysmen.

Proben

Bei den meisten Krankenkassen zugelassen.

Literatur

Dr. R. Reiss, Rheumasan- und Lenitet-Fabrik, Berlin NW 87/37