

Bauch, fest und faltenlos um den Leib gewickelt und dann mit Sicherheitsnadeln festgesteckt. Darüber ist das Hemd zu ziehen. Der Thermophor ist, wenn er auf dem Bauch Schmerzen verursacht, von der rechten Seite her an den Bauch heranzulegen.

c) Ein Einlauf ist bei chirurgischen Krankheiten im Bauch sehr häufig ein lebensrettender Eingriff. Er erfordert Technik und Erfahrung, auch ein richtiges Gefühl für die einzelnen Phasen dieser Prozedur.

Instrumentarium: Eine gläserne graduierte Tube von 1½ l Fassung. Ein 1½ m langer fingerdicker Schlauch stellt die Verbindung zu einem Sperr- oder Schwenkhahn her, der dann einen Ansatz für das 16 mm starke, vorne geschlossene, mit 2 seitlichen Löchern versehene, weiche Gummidarmrohr hat. Jedes Hartgummirohr sollte wegen seiner Gefahren verboten sein.

Der Patient liegt in Linkslage mit angezogenen Knien. Nach Einführung des eingefetteten Darmrohres, ca. 8—10 cm hoch, wird aus der 60 cm hoch hängenden Glastube langsam 100 ccm warmes Seifenwasser einlaufen gelassen. Pause. Danach nochmals soviel. Spürt der Patient Schmerzen oder einen unüberwindlichen Stuhltrieb — wieder Pause. Dann kleinere Portionen, bis man durch solch schonendste Art einen Liter Flüssigkeit hineingebracht hat. Ein absoluter Stopp gegen das weitere Einfließen ist durch Gase, durch einen Krampf um das Rohr oder durch Verlegung der Öffnungen mit Stuhlpartikeln

bedingt. Durch kleine Lageveränderungen des Darmrohres, ein Drehen oder ein Hinein- und Herausziehen um 2—3 cm, ebenso wie durch ein leichtes Heben der Glastube zu einem für wenige Augenblicke gesteigerten Druck, auch durch ein Quetschen des nach oben gehaltenen Schlauches wird das Hindernis behoben. Während dieses Einlaufes in Linkslage wird eine Tasse unter den Anus geschoben. Nach Beendigung des Einlaufes wird die Leibschiessel dem nun in Rückenlage gedrehten Patienten untergeschoben. Der Oberkörper ist dabei in halbe Sitzlage zu bringen.

In besonders bedrohlichen Fällen ist eine Darmspülung zu machen. Von dem im Rektum liegenden Darmrohr wird der Ansatz abgezogen und der Einlauf abgelassen. Dann mehrmals eine kleinere Füllung, bis endlich durch diese Anregung der Peristaltik die ersten Winde abgehen. Ich sehe noch meinen alten Lehrer v. Hochenegg, wie er während der Visite so manche Darmparese am zweiten Tag nach einer Laparotomie auf diese mühevoll Weise zur größten Befriedigung aller Beteiligten behob. Es wird also keinem von uns ein Stein aus der Krone fallen, wenn wir einen solchen wichtigen Eingriff selbst demonstrieren und damit den Angehörigen die große Bedeutung einer solchen Hilfeleistung vor Augen führen.

Eigenes Schrifttum: F. Demmer: Wien. klin. Wschr. (1930), H. 2; Über die Indikationsstellung bei der akuten Appendizitis; Wien. klin. Wschr. (1938), H. 4; Die axillär-rektale Temperaturdifferenz bei akut-entzündlichen Bauchkrankungen.

Anschr. d. Verf.: Wien IX, Mariannengasse 2.

Soziale Medizin und Hygiene

Wie kann die Bayer. Ärzteschaft und was der einzelne Arzt zur Bekämpfung der Abtreibungsseuche beitragen?

(Zugleich Besprechung der Broschüre: Schwangerschaftsunterbrechung aus wirtschaftlicher Not? von Prof. Dr. A. Mayer, Tübingen)

von Dr. med. Hermann Doerfler, Weissenburg, Vorsitzendem des vom Bayer. Ärztetag 1950 eingesetzten Ausschusses für Schwangerschaftsunterbrechungsfragen

Daß die **Bekämpfung der Abtreibungsseuche** ein auch heute, nicht nur in den Wirren der Nachkriegsjahre nach 1945 vordringliches Arbeitsgebiet der Landesvertretung und des einzelnen Arztes darstellt, haben der Präsident der Bayer. Landesärztekammer (P.B.L.Ä.K.) seit seinem Amtsantritt und die Bayer. Ärztetage 1950 und 1951 einmütig anerkannt. Daß überhaupt eine Abtreibungsseuche besteht, erhellt aus den mir freundlicherweise von der Gesundheitsabteilung des Bayer. Innenministeriums zur Verfügung gestellten Zahlen der amtlich gemeldeten Früh- und Fehlgeburten in den Jahren 1948—1950. In Bayern hat sich die Zahl der gemeldeten Früh- und Fehlgeburten von 22000 im Jahre 1948 auf je über 27000 in den Jahren 1949 und 1950 vermehrt. Daraus geht ein eindeutiges Ansteigen dieser Zahlen hervor, wobei jedem Einsichtigen klar ist, daß die amtlich gemeldeten Früh- und Fehlgeburten nur einen Teil der wirklich durchgeführten Eingriffe zur Herbeiführung eines Abortus darstellen. Daß aber rein vom Standpunkt des Volksbestandes aus gesehen ein solcher Aderlaß an der Volkssubstanz, die ja schon durch die Kriegs- und Nachkriegsverluste erheblich geschwächt ist, nicht gleichgültig hingenommen werden kann, ergibt der gleichzeitige Hinweis auf die zunehmende Überalterung unseres Volkes, wie er aus den Burghofer'schen Arbeiten (z. B. Ärztl. Mittl. 1951, Heft 28, S. 346 ff.) zur Genüge und klar herauszulesen ist. Wer sich also z. B. für den Bestand unserer Sozialversicherung, insbesondere der Invaliden- und Altersversicherung unseres Volkes mitverantwortlich fühlt, kann einer weiteren Bestandsverminderung der in etwa 20 Jahren die Lasten dieses Versicherungszweiges tragenden Schicht nicht schweigend zusehen, ohne deutlich und ernsthaft vor der dadurch vorhandenen Gefahr des Zusammenbruchs dieser segensreichen sozialen Einrichtung und damit vor der Gefahr des Verhungerns unserer Alten und Arbeitsunfähigen in etwa 20 Jahren gewarnt zu haben. Dabei soll die Gefahr der sittlichen Verwahrlosung und der gesundheitlichen Schädigung unseres Volkes, die durch die stillschweigende Duldung dieses Zustandes begründet ist, nur nebenbei erwähnt werden.

Was hat die Bayer. Landesärztekammer, als die gesetzliche Vertretung der Bayer. Ärzteschaft, nun in den letzten

Jahren von sich aus zur Eindämmung dieser Gefahr getan und was kann sie noch weiter dafür unternehmen? Schon in den ersten Jahren nach dem Zusammenbruch sind die Bayer. Ärzte auf die Notwendigkeit und standesmäßige Verpflichtung hingewiesen worden, daß sie Eingriffe zur Unterbrechung der Schwangerschaft nur nach Genehmigung durch in jedem Bezirksvereinsgebiet eingesetzte **Ausschüsse zur Prüfung der Notwendigkeit einer Interruption** (I-Kommissionen) ohne Gefahr staatsanwaltlicher Verfolgung und etwaiger strafrechtlicher Verurteilung nach § 218 StGB. vornehmen dürfen. Diesen Hinweis der Bayer. Ärztekammer haben wohl über 98% der Bayer. Ärzte befolgt, und mir sind nur ganz vereinzelte Fälle bekanntgeworden, wo Bayer. Ärzte nach § 218 StGB. straffällig wurden. Erschütternd ist jedoch die Tatsache, die von Kayser aus der Kieler Univ.-Frauenklinik mitgeteilt wird, daß nach den Feststellungen dieser Klinik bei jedem 20. dort eingelieferten provozierten Abortus ein Arzt der Abtreiber war. Ob weiterhin die dafür eingesetzten Ausschüsse allüberall und immer mit der nötigen Sachkenntnis und der gebotenen Strenge ihre Entscheidungen getroffen haben, entzieht sich für mich der Möglichkeit der Nachprüfung und wird von Sachkennern ernstlich bezweifelt. Sonst könnte ja auch das eingangs geschilderte Ansteigen der gemeldeten Früh- und Fehlgeburten nicht möglich sein. Es war deshalb eine der vordringlichsten Aufgaben des für die Prüfung der mit der Schwangerschaftsunterbrechung zusammenhängenden Fragen eingesetzten Ausschusses (S.U.A.), den I-Kommissionen wie dem einzelnen Arzt klare, unmißverständliche **Richtlinien** in die Hand zu geben, aus denen zu erkennen war, wann solch ein Eingriff zur Unterbrechung der Schwangerschaft im Interesse des Lebens der Schwangeren absolut angezeigt war, wo er vielleicht relativ vertretbar und vor allem, wann er nicht angezeigt war. Die Ausarbeitung solcher Richtlinien wurde dem Ausschuss dadurch erleichtert, daß der P.B.L.Ä.K. schon vor 1950 an eine Reihe bekannter und auf diesem Gebiet besonders erfahrener Universitätslehrer Bayerns herangetreten war und sie um Ausarbeitung solcher Richtlinien nach dem Stande der heutigen Wissenschaft gebeten hatte. Diese Richtlinien sowie die 1949 er-

schienene, früher von seinem Lehrer Winter verfaßte Broschüre, die von Prof. Naujoks, Frankfurt, in 3. völlig umgearbeiteter Auflage neu herausgegeben worden ist mit dem Titel: „Die künstliche Schwangerschaftsunterbrechung (Enke, Stuttgart), lagen also für die meisten Fachgebiete bei Beginn der Arbeit des S.U.A. bereits vor und bildeten die dankbar begrüßte Grundlage für seine Arbeit. Als Ergebnis der Arbeit des S.U.A. aus dem Jahre 1950/51 lagen im Herbst 1951 diese Richtlinien redaktionell fertig vor, und es muß dabei dankbar anerkannt werden, daß P.B.L.A.K. an dieser redaktionellen Arbeit mit Rat und Tat entscheidend beteiligt war. Im Herbst 1951 wurde aber ein Ausschuß mit der gleichen Aufgabenstellung wie der bayerische auf Bundesebene tätig, in dem ebenfalls P.B.L.A.K. maßgeblich beteiligt war. Da dieser Ausschuß aber solche Richtlinien, wie wir in Bayern, an alle Ärzte des Bundesgebietes herauszugeben beabsichtigt, wurde die Sonderherausgabe in Bayern der von uns fertiggestellten Richtlinien vorerst zurückgestellt; aber über eines herrschte in beiden Ausschüssen nach genauer Prüfung der Sachlage vollkommene Übereinstimmung, daß bei dem heutigen Stand der Wissenschaft, vor allem durch die Wirksamkeit der Sulfonamide und Bakteriostatika, der Kreis der Anzeige zu einer wirklich ärztlich berechtigten Interruptio sich in allen Fachgebieten seit 1936, wo die letzten Richtlinien für diese Frage erschienen waren, gründlich eingengt hat. Diese Tatsache der Bayer. Ärzteschaft einzuhämmern, ist eine der wesentlichsten Aufgaben der nun wohl bald erscheinenden Richtlinien. Denn das Massenexperiment der Freigabe der SU in der Sowjetunion in den ersten Jahren nach ihrer Machtübernahme hat blutig und eindeutig bewiesen, daß der Eingriff zur **Schwangerschaftsunterbrechung keine Bagatelle** und nicht völlig harmlos ist, der weniger in seinen unmittelbaren, als in seinen Spätfolgen mit einer Mortalität von 1,5% und einer Morbidität von 15—30% auch in den bestgeleiteten und besteingerichteten Kliniken belastet ist. Die Sterblichkeit und Krankheitserwartung ist aber in Wirklichkeit viel höher, da solche Eingriffe, besonders wo sie heimlich ausgeführt werden, eben zumeist nicht in bestingerichteten Kliniken und von bestausgebildeten Fachärzten vorgenommen zu werden pflegen. Lork und Imholz geben, wie Voigt mitteilt, an, daß ihnen Serien bekannt geworden sind, in denen die Mortalität 3—4% betragen hat. Andererseits weisen Naujoks und Fritsch aus dem Material der Ärztekammer Frankfurt nach, „daß trotz Einbeziehung auch leichterer, nicht unmittelbar bedrohlicher Fälle in die Indikationsstellung und Ausführung der SU sie nur in 47% der Fälle eine Heilung oder Besserung des Grundleidens zu verzeichnen hatten, während in 11% trotz der Unterbrechung eine Verschlechterung eintrat, wobei 13 Patienten der Grundkrankheit (8 Tbc. pulm., 1 Myel. Leukämie, 1 Maligne Sklerose, eine allgemeine Karzinose nach Mamma Ca., 1 Suizid in neuerlicher depressiver Phase) und 8 Frauen dem Eingriff selbst erlagen (operative Mortalität von 1,9%). Auf der anderen Seite ist durch die Ablehnung der Schwangerschaftsunterbrechung kein nachweisbarer Schaden entstanden. Der eine Fall mit tödlichem Ausgang kam für eine SU nicht in Frage und wäre durch sie nicht zu retten gewesen. (Fortgeschrittene Lungentuberkulose mit Antragstellung erst im 7. Graviditätsmonat.)

„Es geht aus den Zahlen hervor, daß man die Erwartungen des günstigsten Effektes eines aktiven Vorgehens bei sämtlichen Komplikationen, insbesondere bei der Tuberkulose, nicht zu hoch ansetzen sollte, und daß bei konservativem Vorgehen wahrscheinlich die Resultate rein statistisch besser sein würden. Diese ganz allgemeine, zahlenmäßige Übersicht führt logisch zu der Forderung noch wesentlich größerer Zurückhaltung bei der Antragstellung und der Genehmigung der SU.“ Deshalb hat die

Sowjetunion, wie übrigens auch die Ostzone und Jugoslawien, die Freigabe der SU auch wieder aufgehoben. Das gleiche hat die Aussprache auf dem deutschen Gynäkologenkongreß von 1951 in Bad Pyrmont ergeben, an der sich eine Reihe führender Gynäkologen aus dem Auslande im gleichen Sinne beteiligt haben. Überall, außer in Schweden, in der Tschechei und in Polen gilt deshalb nur noch die ärztliche (medizinische) und in einigen Ländern in eng begrenztem Umfang die erbpflegerische (eugenische) Indikation vor dem Gesetz als stichhaltiger Grund für ein Straffreibleiben nach einem solchen Eingriff. Die Landesvertretung wird also, besonders seit Inkrafttreten der Berufsgerichte, gegen ärztliche Abtreiber, selbstverständlich immer unter voller Würdigung der Einzelumstände, mit aller gebotenen Strenge vorgehen und wird wohl meist dabei an die zuständige Regierung den Antrag auf Berufsverbot stellen müssen. Nur durch Aufklärung über die tatsächlich sehr enge Indikationsstellung und strenge Bestrafung der Schädlinge in den eigenen Reihen kann sie ihrer Aufgabe als Hüterin des Standesethos gerecht werden — ein wohl für viele abgegriffenes Schlagwort, aber eine für ein erfolgreiches und geachtetes Arztum unbedingbar reale Notwendigkeit.

Dazu käme noch die **Aufklärung der gesetzgebenden Körperschaften** über diese Fragen, wo vielfach noch, wie in der Ärzteschaft, sehr irrige Meinungen, die auf Vorstellungen aus den Jahren um 1900 beruhen, der fachlichen Berichtigung dringend bedürfen. Hiezu würde sich der später noch näher zu besprechende Aufsatz von Prof. Dr. A. Mayer, Tübingen: „Schwangerschaftsunterbrechung aus wirtschaftlicher Not?“ (Verlag Winfried Beck G. m. b. H., Augsburg) besonders eignen.

Die Arbeit der Landesvertretung hängt in der Luft, wenn sie sich nicht stützen kann auf die **Mitarbeit jedes einzelnen Arztes**. Bei der Entscheidung, ob eine Schwangerschaft unterbrochen werden soll oder nicht, hat ja gerade der einzelne Arzt eine wichtige und oft ausschlaggebende Rolle. Gestützt auf fachliche Kenntnisse, die ihm die Richtlinien vermitteln sollen, kann er vielfach schon ab ovo die abtreiberische Absicht der Schwangeren durch Aufklärung, Schilderung der zu erwartenden Gefahren für Leib und Seele der Schwangeren und Hinweis auf die Möglichkeit harter Bestrafung — § 218 StGB. sieht hohe Zuchthausstrafen vor — in ihr Gegenteil verwandeln und erntet dafür gelegentlich den Dank der Schwangeren und ihrer Familie. Er darf sich davon auch nicht abbringen lassen durch die bequeme Ausrede: „Wenn ich dem Antrag nicht stattgebe, so tut es ein anderer Kollege.“ Gottlob sind es doch seit Herausgabe fester Richtlinien für den modus procedendi nach meinen Erfahrungen in der Mitarbeit bei einer I-Kommission nur ganz vereinzelt und immer die gleichen Ärzte, die in diesen Fragen zu weicherzig sind. Ich lasse deshalb die in unserem Ärztlichen Bezirksverein Südfranken beschlossenen Richtlinien hier folgen:

Zur Stellung eines **Schwangerschaftsunterbrechungsantrags** sind nötig:

1. Die Angabe einer genauen persönlichen und Familiengeschichte, die letztere ist vor allem bei psychiatrischen Fällen von besonderer Wichtigkeit.
2. Eine genaue Krankengeschichte der jetzt vorliegenden und zur Unterbrechung führenden Krankheit.
3. Ein genauer Untersuchungsbefund mit allen nötigen Einzeldaten, wie z. B. Blutkörperchensenkung, EKG., WaR. Sputumbefund, Röntgenbefund, die, wo sie nicht selbst erhoben werden können, von Fachkräften einzuholen sind.
4. Ein begründetes Urteil, warum die Schwangerschaft unterbrochen werden soll.

5. Die Einwilligung der Schwangeren zur beabsichtigten Unterbrechung.

Auch der einzelne Arzt der I-Kommission, dem die Winter-Naujokische Broschüre zur Verfügung stehen muß, ist bei uns so ausgewählt, daß seine Persönlichkeit die Gewähr für eine strenge Handhabung dieser besonders verantwortlichen Aufgabe bietet.

Aber damit ist die Tätigkeit des einzelnen Arztes zur Bekämpfung der Abtreibungsseuche noch nicht erschöpft, daß er sich auf die Aufklärung in der Sprechstunde und auf die Erfüllung der ihm zur Verfügung gestellten Richtlinien beschränkt.

Die Entscheidung, ob abgetrieben wird, stellt ja nicht der Arzt, sondern die einzelne Schwangere. Es muß also durch möglichst weitreichende **Aufklärung aller Bevölkerungskreise**, besonders der Jugend erreicht werden, daß die einzelne Schwangere über die Gefahren körperlicher und vor allem seelischer Art, die ihr durch den Eingriff der Unterbrechung drohen, hinreichend unterrichtet wird. Bei uns in Südfranken haben sich, angeregt durch gemeinsame Schulungsarbeit der St.-Lukas-Gilde in Eichstätt und unseres Bezirksvereins, eine Reihe von Kollegen bereitgefunden, vor meist konfessionellen, aber auch gewerkschaftlichen Männer- und Frauenkreisen, vor allem aber auch in den letzten Klassen der Fortbildungs- und Mittelschulen Aufklärungsvorträge über dieses Gebiet zu halten. Dabei dient uns der vorhin kurz erwähnte Vortrag des auf diesem Gebiet seit Jahrzehnten so mutig und erfolgreich tätigen Tübinger Gynäkologen Prof. Dr. Aug. Mayer als Vorbild. Dieser Vortrag geht auf die Irrtümer, die gegen § 218 immer wieder vorgebracht werden, vor allem aber auf die persönlichen Gefahren der Schwangerschaftsunterbrechung, nicht nur die leiblichen, sondern vor allem die seelischen Schäden in sehr klaren und stichhaltigen Ausführungen ein, umreißt kurz und deutlich die ärztlichen Aufgaben auf diesem Gebiet, schildert die Gefahr der Schwangerschaftsunterbrechung aus wirtschaftlicher Not für das Volkswohl und weist Wege zur Abhilfe, die vor allem in der Erziehung der Öffentlichkeit zur Ehrfurcht vor dem keimenden Leben durch alle hiefür in Betracht kommenden Kreise bestehen. Die Lektüre dieses Vortrags ist deshalb nicht nur jedem Politiker, sondern auch jedem bayerischen Arzt wärmstens zu empfehlen.

Die bayerische Gesamtärzteschaft wie der einzelne Arzt können also wirksam in der Bekämpfung der Abtreibungsseuche mithelfen. Sie können beide an ihrem Platz mithelfen, daß überall, nicht wie bisher in Einzelfällen, sozial bedürftigen Schwangeren, die aus wirtschaftlicher Not ihr Kind nicht aufziehen zu können glauben, vom Staat, von charitativen Stellen, wie Caritas, Ev. Hilfswerk, Mütterwerk und von der Fürsorge, personelle und materielle Hilfe gestellt wird, damit diese Not gelindert oder beseitigt wird. Auch die Vermittlung von Adoptiveltern für uneheliche Kinder, für die die Mutter nicht aufkommen kann, ist nach den günstigen Erfahrungen der Auswirkung von Anlage und Umwelt auf Adoptivkinder, die Margarete zur Nieden mitteilt, ein durchaus einleuchtender und empfehlenswerter Weg, um in sozial schwierigen Fällen wirksam für Mutter und Kind zu helfen. Wenn diese Forderungen Erfüllung finden, lassen sich die Anzeigen zur SU. im Einzelfalle noch enger stellen als bisher, da dann auch mancher Zweifelsfall, bei dem ein ärztlich an sich behebbares Leiden besteht, das aber aus sozialer Not nicht der nötigen Behandlung und Betreuung zugeführt werden kann (z. B. herzleidende Schwangere, Mütter von 5 Kindern, Mann erwerbslos, keine Hilfe für Mann und Kinder während der zur Erhaltung der Schwangerschaft dringend nötigen klinischen Herzbehandlung) — sozial und ärztlich so in die richtige Bahn gelenkt werden kann, daß unter Würdigung aller Einzelumstände mit gutem

Gewissen die Schwangerschaftsunterbrechung ohne Schaden für die Schwangere und ihre Familie abgelehnt werden kann. Darum nicht soziale Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung, sondern soziale Hilfe für die gefährdete Schwangere!"

Benützte Literatur kann beim Verfasser angefordert werden.

Anschr. d. Verf.: (13a) Weißenburg/Bayern, Eichstätt Str. 31.

Therapeutische Mitteilungen

Venöse Stase als Ursache hartnäckigen Sodbrennens

Ein therapeutischer Beitrag

von Dr. med. Josef Baumüller

Unter den Hypothesen, welche die Genese des *Ulcus ventriculi* zu deuten versuchen, hat am meisten die Gefäß- und die **Säuretheorie** für sich, die man etwa so zusammenfassen kann: Bei lokaler Mangeldurchblutung verliert die Magenschleimhaut an dieser umschriebenen Stelle ihre Widerstandskraft gegenüber der Salzsäure und den Verdauungsfermenten und wird von diesen zerstört.

Die primäre **Rolle des Gefäßverschlusses** betonten besonders Virchow und Hauser, die vor allem an Infarkte der Endarterien dachten. V. Bergmann sieht die Ursache der Mangeldurchblutungen in Spasmen der ernährenden Gefäße. Ich persönlich möchte das Durchblutungshindernis nicht in den arteriellen Gefäßabschnitt verlegen. Denn wie sollte das *Ulcus ventriculi* in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle mit einer Hyperazidität einhergehen, wenn den salzsäuresezernierenden Zellen der Magenschleimhaut die Zufuhr von Sauerstoff und Nährsubstanzen abgeschnitten wird. Ich glaube eher, daß, wie auch alle anderen Zellen, die Bildner des Verdauungssaftes bei mangelhafter Blutversorgung ihre Arbeit weitgehendst einschränken, somit eine Sub- bis Anazidität entsteht. Ohne bestreiten zu wollen, daß im Bereich eines infarktes Gewebstod und somit ein Ulkus auftreten kann, sehe ich als häufigste Ursache des *Ulcus ventriculi et duodeni* die **venöse Stase** an. Denn mir ist schon früher bei wegen Ulkus vorgenommenen Magenresektionen die zylindrische Vasodilatation der Venulae im Bereich der V. coronaria ventriculi aufgefallen, während die Arterien und Arteriolen des Magens normal erschienen. In erweiterten Venen muß sich natürlich das Blut stauen, wobei von der totalen die partielle Stase zu unterscheiden ist. Arterien wie auch Venen haben einen Achsenstrom und einen Randstrom. Bei der partiellen Stase ist der Achsenstrom, der vorwiegend die roten Blutkörperchen befördert, annähernd normal, während der Randstrom, der mehr Plasma und Leukozyten transportiert, sehr träge verläuft. Deshalb ist bei partieller Stase der Venen die Zufuhr der für die Zellarbeit nötigen Stoffe (Sauerstoff und plasmagelöste Nährstoffe) durch gesunde Arterien und Arteriolen gesichert, ebenso auch der Abtransport der bei der Oxydation entstehenden Kohlensäure durch die im Axialstrom der Venen beförderten Erythrozyten, dagegen werden die plasmagelösten Schlackenstoffe nur träge entfernt. Die Zellen entleeren nunmehr die abzugehenden harnfähigen Stoffe, die ja zumeist sauren Charakter haben, in den Magen, dessen Säurespiegel dadurch steigt.

Diese Überlegungen brachten mich auf den Gedanken, eine **Verbesserung des venösen Abflusses** anzustreben, weshalb ich die gleiche Therapie versuchte wie beim *Ulcus cruris* und zunächst als Adjuvans, später auch allein, Roßkastanienextrakt verwendete.

Seit 4 Jahren erhalten alle meine Kranken mit röntgenologisch gesichertem *Ulcus ventriculi* neben Larostidin-Injektionen und Diät 3× täglich 10 Tropfen Venostasin oral. Sämtliche auf diese Weise behandelten Patienten blieben bis heute beschwerdefrei mit Ausnahme derjenigen, die operiert werden mußten, weil die Ulkusnarben zu Pylorusstenose führten.

Schließlich behandelte ich 23 Patienten, die seit längerer Zeit über hartnäckiges, nachhaltig gar nicht zu beeinflussendes Sodbrennen klagten, nur noch durch intravenöse Venostasin-Injektionen ohne irgendeine diätetische Einschränkung. Bei der Mehrzahl der Patienten bestand das Sodbrennen seit vielen Monaten, in einem Fall sogar seit