

heitsverhütung, sondern auch für die Therapie (Diabetes) gegeben werden. Wer solche Zahlen benutzen will, muß natürlich immer kritisch arbeiten, z. B. zu den „Todesfällen an“ hinzufügen: „gemeldete“. Dann wird er sich vor Witzeleien hüten wie: die Statistik ist die Lüge in Zahlen. Tatsächlich ist die Statistik die zahlenmäßige Fassung der Beobachtungen; und wenn Fehler im Urmaterial sind, liegt dies vor allem an unrichtigen und manchmal gewissenlosen Mitteilungen oder Unterlassungen.

Prof. K. K i b k a l t (München).

Alfred E. Hoche: Aus der Werkstatt. 7. Aufl., herausgegeben von Tilde Marchionini-Soetbeer. J. F. Lehmann, München 1950. 178 S., Preis: Leinen DM 6,50.

Hoche läßt uns durch seine Brille einen Blick tun auf menschliche Probleme, die an Raum und Zeit nicht gebunden scheinen und die er in sehr geistreicher Form zu vermitteln versteht. Die Gläser seiner Brille sind scharf geschliffen. Sein Buch enthält eine Reihe essayistisch kurzer Aufsätze, Vorträge und Reden, die meist aus den Grenzgebieten der Psychiatrie gewählt und wohl auch dem gebildeten Laien verständlich sind. Er spricht mit psychologischem Scharfsinn von Schmerz und Angst, Schlaf und Langeweile, um nur einige seiner Themen zu nennen. Mit besonderem Interesse liest man seine Ausführungen über Geisteskrankheiten und Kultur, Shakespeare und die Psychiatrie, Kausalgesetze auf psychischem Gebiet und seine Abrechnung mit der Psychoanalyse. Es scheint selbstverständlich, daß ein so hochgebildeter Geist wie Hoche für die humanistische Bildung eintritt. Hoche behandelt die Probleme mit naturwissenschaftlichem Ernst, er weiß sie mit vorurteilsfreier Kritik zu treffen und im flüssigen Schwung seiner Sprache zu formen. Aus seinem Buch spricht neben dem großen Wissen eine hohe Kultur. H. W e r n e r, München.

Kongresse und Vereine

Berliner Medizinische Gesellschaft

Sitzung am 24. Januar 1951.

H. Gardemin, Berlin: **Chronische Osteomyelitis der Hüften und Perthesche Krankheit.**

Bei der Pertheschen Krankheit (Osteochondritis juvenilis coxae) zeigt sich nach den Untersuchungen von Axhausen eine Totalnekrose der Epiphyse, die nach einem destruktiven Stadium Symptome der Reparation bis zur Restitution aufweist. Eine Reihe von Fällen zeigt im klinischen Verlauf (aktiver Beginn mit Temperaturerhöhung, beschleunigter Blutsenkungsgeschwindigkeit) und Röntgenogramm (Veränderungen an Metaphyse und Pfannendach) Erscheinungen, die mit einer aseptischen Osteonekrose nicht in Einklang zu bringen sind. Auch in der Literatur finden sich einzelne Beobachtungen, die auf eine entzündliche Genese der Erkrankungen hinweisen.

Beobachtungen in der Gochtschen und in der eigenen Klinik waren Veranlassung, der Frage der Differentialdiagnose der aseptischen Osteonekrose durch vergleichende anatomisch-röntgenologische Untersuchungen nachzugehen. Aus 5 Krankheitsgeschichten von 5–8jähr. Patienten ergaben sich Symptomkomplexe, die für eine Perthesche Erkrankung charakteristisch sind. Bei 4 von den 5 Fällen zeigte der klin. Verlauf keinen Hinweis auf einen infektiösen Prozeß, trotzdem war aus den anatomisch-histologischen Befunden die Diagnose chronische Osteomyelitis zu stellen. Die Frage, inwieweit Osteomyelitis und aseptische Nekrose des Hüftgelenkes differentialdiagnostisch zu trennen sind, ergibt, wenn die angedeuteten klin. Unterscheidungsmerkmale vorhanden sind, keine besonderen Schwierigkeiten, wohl aber dann, wenn diese fehlen und der Versuch allein einer röntgenologischen Trennung vorgenommen werden muß.

Es fehlen bisher Serienbeobachtungen von Perthesfällen, die autopsisch als totale Epiphysennekrosen sichergestellt sind und eine Vergleichsmöglichkeit mit den entzündlichen Erscheinungen der Osteomyelitis bilden. Erst die Gegenüberstellung dieser Serien mit denen der chronischen Osteomyelitis kann Unterlagen für eine röntgenologische Differentialdiagnostik bieten. Schon jetzt kann als erwiesen gelten, daß sowohl die Metaphysenherde wie auch die Prozesse im Pfannendach nicht zum Krankheitsbild der Pertheschen Krankheit gehören, sondern durch eine Osteomyelitis oder Tuberkulose hervorgerufen sind und als pyogene Infektion zu gelten haben.

Unsere bisherigen operativen Erfahrungen sprechen für ein aktives Vorgehen. Wenn auch die Osteomyelitis von Epiphyse und Metaphyse ohne operativen Eingriff ausheilen kann, so zeigt der Vergleich eines Falles, wo auf der einen Seite operiert, auf der anderen nicht operiert wurde, auf der operierten umfangreiche Anbauprozesse, die zu einer schnellen Restitution führten.

Über das gleichzeitige Vorkommen von aseptischen Nekrosen und infektiösen Prozessen ist mehrfach berichtet worden, doch fehlt in den beschriebenen Fällen die histologische Sicherung der Diagnose. Aus ätiologischen und therapeutischen Gründen ist es erwünscht, der anatomischen Untersuchung des Operationsmaterials mehr Aufmerksamkeit zuzuwenden und zur Klärung der Differentialdiagnose beizutragen.

Aussprache: G. A x h a u s e n begrüßte die Untersuchungen über die Epiphysennekrose und erörterte die Frage der Entstehung der Nekrosen durch mykotische Embolie.

A. Huebner wies auf die Schenkelhalsnagelung bei schweren Fällen von Perthes hin, bei denen die deformierenden Artriten nicht so häufig auftreten sollen.

H. Gardemin führte im Schlußwort aus, daß die Substituierung der Epiphyse verschieden lang dauere (2–3 Jahre). Ob die Nagelung zu einer schnelleren Restitution führt, ist zweifelhaft. Nach seinen Erfahrungen tritt sie am schnellsten nach Ausräumung des nekrotisch entzündlichen Gewebes ein.

H. Wiesener: **Thiosemicarbazonwirkungen auf Leberstoffwechsel und Leberfunktion.**

Aus Tierversuchen an über 500 Mäusen geht hervor, daß der Zellstoffwechsel der Leber durch Thiosemicarbazonlösungen in Abhängigkeit vom Alter der Versuchstiere gehemmt wird. Die infantilen Tiere zeigten die stärkste Hemmung. Klinische Versuche, die über eine Zeit von 2 Jahren an 70 Kindern durchgeführt wurden, unterstreichen, daß Leberparenchymschädigungen auch bei niedriger Dosierung (2 mg/kg Körpergewicht) vor allem im Kleinkindesalter vorkommen. In diesem Alter kann daher die Thiosemicarbazonbehandlung der Tuberkulose nicht empfohlen werden. I. Szagunn.

Medizinische Gesellschaft Mainz

Sitzung am 15. Dezember 1950

H. Ball: **Unglücksfälle bei der Urethrographie.**

Es wird über einen Fall von Übertritt des Kontrastmittels (20% Bariumsulfat-Aufschwemmung) bei der Urethrographie eines 52j. Prostatikers berichtet. Die demonstrierten Röntgenbilder zeigen die ausgedehnte Darstellung der Venen des Penis, des Plexus prostaticus und retrovesicalis bis zu den Venae iliaca. Auf den Thoraxbildern waren zahlreiche Kontrastmittelemboli zu erkennen. Der urethrovöse Übertritt hatte noch auf dem Röntgentisch den Tod des Pat. zur Folge.

In der einschlägigen Literatur wurden bereits mehrere Fälle von tödlichem Ausgang und zahlreiche Mitteilungen über urethrovösen Übertritt mit und ohne Lungenembolien nach der Urethrographie mit Jodölen bekannt. Der demonstrierte Fall stellt die erste Mitteilung einer ernsthaften Komplikation bei der Verwendung von Bariumsulfatpräparaten dar. Die möglichen Ursachen des urethrovösen Übertritts werden diskutiert. Da sich dieser trotz aller Vorsichtsmaßnahmen nicht mit Sicherheit vermeiden läßt, wird die Verwendung von bariumsulfathaltigen Kontrastmitteln zur Urethrographie abgelehnt, wie dies für die Jodöle von Boeminghaus, Baensch u. a. geschehen ist, und die ausschließliche Anwendung von intravenös injizierbaren Kontrastmitteln empfohlen. (Selbstbericht.)

U. Vollmann: **Anovulatorische Zyklen und Temperaturreise.***

An Hand von wenigen über viele Jahre fortlaufenden Kurven wird gezeigt, welche wertvolle Schlüsse zur Beurteilung verschiedener physiologischer und pathologischer Zustände in der Genitalbiologie der Frau die rektal (od. oral) gemessene Morgentemperatur der Frau erlaubt.

Die 1. über 10 Jahre durchgemessene Kurve demonstrierte, daß in den ersten Monaten und Jahren nach der Menarche anovulatorische Zyklen ohne Temperaturanstieg vorherrschen und daß die Kurve erst im Verlauf mehrerer Jahre nach einer Übergangsphase, in der kurze 5–9tägige Temperaturerhöhungen beobachtet werden, das normale Bild mit regelmäßigem 10–14tägigem prämenstruellem Temperaturanstieg erreicht.

Eine ähnliche Entwicklung, jedoch auf wenige Zyklen zusammengedrängt, macht der Körper der Frau nach der funktionellen Ruhe der Gravidität während der Laktationsphase durch. An einer 2., gleichfalls über viele Jahre laufenden Kurve wurden bei einer jungen Frau 4 ausgetragene Graviditäten mit sehr langen Stillperioden und ein Spontanabort beobachtet. Die ersten Blutungen p. part. waren noch anovulatorische, nach einem oder mehreren „juvenilen“ Temperaturanstiegen ist das normale Kurvenbild wieder erreicht. (Stillt die Frau nicht oder nicht so reichlich, so kann schon der 1. Blutung p. part. der voll ausgeprägte Temperaturanstieg vorangehen.) Bemerkenswert war

* Vgl. hierzu H. Hillebrand, Die Bedeutung der Morgentemperaturkurven zur Bestimmung des Ovulationstermins für den Fachgynäkologen und den praktischen Arzt, ds. Wschr. 1951, 14: 735 (Schriftl.).

eine kurze Gravidität mit Spontanabort 28 Tage nach der Befruchtung. Ohne die Temperaturkurve, die durch täglich angestellte Aschheim-Zondek-Teste bestätigt wurde, wäre hier die Diagnose Gravidität überhaupt nicht gestellt worden: Die Frau stillte 12 Monate, 314 Tage p. part. 1. Blutung ohne prämenstruellen Temperaturanstieg. 28 Tage nach dieser Pseudomenstruation Mittelschmerz und Kohabitation bei noch niedriger Temp., 4 Tage danach Temperatursprung, Temp. bleibt darauf erhöht. Die Diagnose erneute Gravidität ist aus der Temperaturkurve sicher 46 Tage p. menstr. = 18 Tage p. coh. = 15 Tage p. Temperaturanstieg. Aschheim-Zondek wird positiv 23 Tage p. coh.

Eine 3. Kurve zeigt das langsame Unregelmäßigwerden der Regei während der Klimax, das sich bis zur Menopause über 5 Jahre hinzieht. Auffällig war bei dieser Frau, ebenso bei ihrer 2 Jahre jüngeren Schwester, daß mehrere Jahre hindurch im Sommer unregelmäßig lange anovulatorische Zyklen beobachtet wurden, während im Herbst und Winter wieder normale Zyklen mit prämenstruellem Temperaturanstieg auftraten, wie es bei den Menschenaffen die Regel ist, die zwar das ganze Jahr hindurch „menstruieren“, jedoch nur im Herbst und Winter ovulieren. Möglicherweise fällt die Frau in der Labilität der Klimax gelegentlich in einen atavistischen Zustand zurück, in dem auch wir Menschen nur zu bestimmten Zeiten empfangen konnten, so daß die Kinder in eine günstige Jahreszeit geboren wurden.

An der Kurve einer jungen Patientin mit Metrorrhagien auf Grund einer glandulär-zystischen Hyperplasie läßt sich die Temperaturkurve als Test für den Erfolg der Therapie verwenden. Nachdem durch Abrasio und verschiedene Hormonkuren sich zwar die Blutungen jeweils stoppen ließen, am Kurvenbild sich aber nichts änderte und die Blutungen immer wieder auftraten, kommt es nach 3maliger Schwangerenseruminjektion zum normalen Kurvenbild mit prämenstrueller Temperaturerhöhung, der nach dem Temperaturabfall eine normal starke 5tägige Blutung folgt. Zwei in den folgenden Jahren ausgetragene Graviditäten bestätigen die endgültige Heilung.

K. Halter, Mainz.

Ärztlicher Verein München

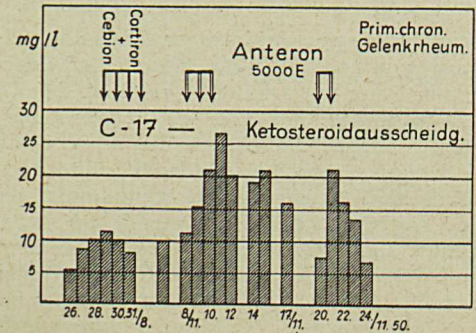
Sitzung am 1. Februar 1951

Aussprache zu dem Vortrag von L. Heilmeyer, Freiburg: **Rheumatismus und Nebennierensystem.** (Vgl. Nr. 15: 809.)

Jakob Bauer, München: In der Praxis der inneren Sekretion besteht geradezu das schreiende Bedürfnis nach einer Bestimmungsmethode, die es uns ermöglicht, den Wirkungsgrad und vielleicht auch die Wirkungsrichtung der Hormone zu erkennen. Wir sind einzig und allein auf die subjektiven Eindrücke am Krankenbett angewiesen. Nachdem die sogenannte Interferometrie in Klinik und Praxis völlig versagt hat, haben wir die sogenannte m-Dinitrobenzolreaktion zum Nachweis der C-17-Ketosteroide seit 3 Jahren geprüft und in Anwendung gebracht. Wir haben bis heute mehr als 700 Bestimmungen durchgeführt. In den letzten Monaten ist es uns auch möglich, die sogenannten Corticoide im Harn nachzuweisen. Unsere Werte decken sich ziemlich mit den Angaben von Herrn Heilmeyer. Bei Männern finden wir eine Normalausscheidung um 15 mg/L im Durchschnitt, bei Frauen etwas niedrigere Werte, 10–13 mg/L C-17-Ketosteroide. Die Corticoidwerte im Harn liegen zwischen 0,6 bis 1,0 mg/L. Mit Hilfe dieser Reaktionen können wir den Steroidhaushalt im Harn überprüfen. Zahlreiche Belastungsuntersuchungen haben uns gezeigt, daß die C-17-Ketosteroide nach Zufuhr von Steroidhormonen einen Anstieg aufweisen. Auch findet man bei den verschiedensten Krankheiten verschieden hohe Werte. Beim primär chronischen Gelenkrheumatismus finden wir Werte um 8–10 mg/L. Wie wichtig der Nachweis der Sterone im Harn sein kann, zeigen die vielen Beobachtungen, die wir im Laufe der Jahre machen konnten. Ich erlaube mir einen Fall kurz zu erwähnen: Vor einiger Zeit wurde uns ein Urin zum Steroidnachweis im Harn zugesandt. Wir haben bei der Analyse Werte gefunden, die das 10fache des Normalwertes überstiegen, etwa 120 mg/L. Die Corticoide waren ebenfalls mehr als das 10fache angestiegen. Der Wert betrug 6 mg/L. Die Labordiagnose: Nebennierenrindentumor. Nach Rückfrage erfuhren wir, daß es sich bei der Patientin um folgenden Fall handelt: Bis zum 5. Lebensjahr war das Kind ein Zwitter. Vom 10. Lebensjahr ab entwickelte sich ein Mädchen, jedoch blieb das Wachstum stehen, schließlich kam ein sehr starker Hirsutismus dazu. Heute ist die Patientin 18 Jahre alt.

Bei unseren zahlreichen Belastungsuntersuchungen mit Hormonen konnten wir folgende Beobachtung machen: Nach Zufuhr von Sexualhormonen steigt die Hormonausscheidung im Harn meist leicht an. Nach Zufuhr von Cortison, also von Desoxycorticosteronacetat plus Vitamin C (eine Behandlungsart, die wir gerne bei chron. Gelenkrheumatismus als Ersatz von Cortison anwenden) wird die Ausscheidungsmenge der Corticoide und C-17-Ketosteroide nicht verändert,

d. h. wir finden eine normale Ausscheidung. Klinisch wissen wir, daß diese Art Medikation ebenfalls sehr wenig therapeutische Erfolge zeitigt. Bei diesen Versuchen haben wir bei mehreren chron. Gelenkrheumatismen auch das aus dem Schwangerenserum gewonnene gonadotrope Hormon Anteron gespritzt. Dabei zeigte sich auffälliger Weise eine erhöhte Ausscheidung der C-17-Ketosteroide (nahezu das Dreifache). Diese Beobachtung ist etwas überraschend, zumal sie bei Frauen festgestellt werden konnte. Mit Hilfe der m-Dinitrobenzolreaktion werden die sogenannten androgenen Wirkstoffe der Steroidhormone nachgewiesen. Das Präparat Anteron mobilisiert folglich auch beim weiblichen Individuum androgene Wirkstoffe, die als C-17-Sterone vermehrt ausgeschieden werden (Tab.). Man kann daraus ersehen,



wie wertvoll es ist, den Hormonhaushalt in der Ausscheidung zu überwachen. Vielleicht ist es dadurch möglich, den endokrinen Haushalt in Zukunft mehr als bisher zu studieren.

E. Hiller: Wir sehen im chronischen Gelenkrheumatismus eine pathologische Gleichgewichtslage eines sensibilisierten Organismus. Als Ausdruck der hierbei vorhandenen zentralen Dysregulation, die das klinische Bild wesentlich modifiziert, wurden von uns eine Reihe vegetativer und innersekretorischer Störungen, Fehlregulationen im Zucker- und Wasserhaushalt beschrieben. An der I. Med. Klinik haben wir nun versucht, einen neuartigen Therapieweg zu gehen, in dem wir nicht von außen ACTH. zuführen, sondern das Wesentliche im Setzen eines stress im Sinne Selye's sehen, wodurch die endogene ACTH-Produktion mit ihrer Auswirkung auf die Nebenniere und damit auf den rheumatischen Prozeß in Gang gebracht werden soll. Über die Methode der Desensibilisierung durch arteigenes, in seiner Struktur aber verändertes Serum wurde bereits auf dem Internistenkongreß 1950 berichtet. In letzter Zeit sind wir durch Herstellung neuartiger Seren und Halbantigene aus Menschenblut einen Schritt weitergegangen. Die mit dieser Methodik klinisch fast nicht manifest ablaufende anaphylaktische Reaktion führt zu einem Stoß ins Nervensystem, zu einer Desensibilisierung des allergischen Organismus und zur endogenen Freisetzung von ACTH. (Selbstberichte).

Gesellschaft der Ärzte in Wien

Wissenschaftliche Sitzung am 26. Januar 1951

O. Erlsbacher und H. Henninger: **Vorübergehender Nierenersatz bei Sublimatvergiftung.**

Durch eine 12 Tage lang laufende Peritonealdialyse wird eine 10 Tage lang dauernde Anurie bei einer schwersten Sublimatvergiftung geheilt. Die Pat. bekam aus äußeren Gründen erst 16 Stunden nach der Vergiftung BAL (durch 6 Tage 6mal tgl. 180 mg, dann 2 Tage 4mal 180 mg BAL) und es konnte daher von BAL keine besondere Wirkung auf die Niere erwartet werden. Als Dialysierlösung wurde Ringerlösung und 50 cm 3,8% Natr. citr., 500 E. Heparin, 10 000 E. Penicillin und 0,1 g Streptomycin verwendet. Es kommt während der Dialyse trotz der Anurie zu keinem weiteren Anstieg des RN, sondern dieser fällt in typischer Weise ab; die Dialyse wurde von der Pat. ausgezeichnet vertragen. Demonstration von 2 Kurven dieses Falles und Demonstration der Kurve einer Pat. mit schwerer Rückstaunungsurie mit einem initialen RN von 225 mg%.

Die Dialyse folgt rein physikalischen Gesetzen der Osmose und Diffusion und wird nur durch eine leichte, sterile, seröse Peritonitis modifiziert, die durch Meteorismen und Stuhlverhaltung sich äußert, die Permeabilität des Peritoneums jedoch vorübergehend verändert. Durch Variation des partial-osmotischen Druckes der einzelnen Elektrolyte in der Spülflüssigkeit dürfte es gelingen, den Elektrolythaushalt des Organismus nach Belieben zu steuern, und darin liegen vielleicht neue Möglichkeiten der peritonealen Dialyse. Die Gefahr der bakteriellen Durchwanderungsperitonitis scheint nicht groß zu sein. Es dürfte gelingen, den heutigen Indikationsbereich der Peritonealdialyse (Anurie bei Sublimatnieren, akute Glomerulonephritis, Crush-Syndrom, lower nephron nephrosis, hepatorenales Syndrom) zu erweitern.