

gisch-historischen und statistischen Forschungsmethoden herangezogen werden müssen; durch Austausch wird man zu neuen wichtigen Resultaten kommen. I. H. Mitgau (Heidelberg) sprach über **soziale Generationsschicksale**, den idealtypischen Ablauf des sozialen Schicksals (Einordnung und Haltung im Gesellschaftsganzen), Aufstieg und Abstieg, beobachtet an der Generationsfolge, d. h. an einem aus dem genealogischen Aufbau der Bevölkerung bestimmten überindividuellen Zusammenhänge. Als wesentliche Gestaltungsprinzipien im historischen Ablauf werden dabei Umwelt, Persönlichkeit und Ueberlieferung, Bedingungen von Auf- und Abstieg erkannt. Kankleit (Hamburg) behandelte die Frage: **Unfruchtbarmachung oder Internierung**. Die Bestrebungen der offenen Fürsorge in der Psychiatrie und ihren Grenzgebieten drängen dazu, aus rassenhygienischen und sozialen Gründen zur Unfruchtbarmachung solcher Menschen zu schreiten, deren Fortpflanzung eine minderwertige Nachkommenschaft erzeugen könnte. Leider sind die gesetzlichen Bestimmungen im allgemeinen gegen ein solches Vorgehen; eine gesetzliche neue Festlegung wäre dringend erwünscht. Bei rassenhygienischer Indikation kommt nur eine Samenleiter- bzw. Eileiterdurchtrennung, nicht aber die Kastration in Frage. Auszuschließen ist eine zwangsweise Unfruchtbarmachung, auch darf nicht ein einzelner Arzt die Entscheidung über die Vornahme des Eingriffs treffen, sondern eine behördlich ermächtigte Kommission.

In der Abteilung **Geschichte der Medizin und Naturwissenschaften** hielt Siegerist (Leipzig) den **Harvey-Gedenk-Vortrag**. Er versuchte die Stellung von Harvey, dessen Schrift über den Blutkreislauf gerade vor 300 Jahren erschienen ist, in der europäischen Geistesgeschichte zu bestimmen. Ein Vergleich mit der antiken, durch Galen vertretenen Theorie der Blutbewegung zeigt, daß der entscheidende Schritt zu neuer Anschauung darin bestand, daß an die Stelle der rein qualitativen Betrachtungsweise eine quantitative, messende trat. Während die Antike und noch die Renaissance statisch dachten, denkt Harvey dynamisch: Der funktionelle Gedanke für die Medizin war geboren. An Stelle des Ruhenden und Begrenzten ist zu Beginn des 17. Jahrhunderts das Bewegte, Unbegrenzte auch das Objekt der Forschung geworden. A. Bier (Berlin) sprach über: **Grundsätzliches zur Heilkunde**. Für jede Wissenschaft ist ein System nötig: Es war eine Verirrung der neueren Medizin, besonders auf Grund der Autorität von Virchow, jedes System zu verbannen. Sowohl die Zellulärpathologie wie die Humoralpathologie sind einseitig. Ein harmonisches System läßt sich durch folgende Leitsätze charakterisieren: Es steckt ein Sinn (Logos) im Organismus. Dieser gehorcht nicht nur der einförmigen physischen Kausalität, sondern als zielstrebig handelnde Person dem Satz vom zureichenden Grunde. Die Wege, auf welchen dieses Ziel: Erhaltung der Art und des Individuums erreicht wird, sind unendlich viele. Humoral- und Zellulärpathologie sowie andere Gegensätze, die alle nur Teilwahrheiten enthalten, müssen zur einheitlichen Harmonie zusammengefaßt werden. Richtige Mischung der Gegensätze bedeutet Gesundheit, ihre Störung Krankheit. Alles fließt. Das Fließen ist rhythmisch, wie sich sowohl im Stoffwechsel wie in Krankheitsvorgängen zeigt. Das Gleichgewicht der Gegensätze des Organismus, welches die Gesundheit bedeutet, wird während gestört und fortwährend wieder hergestellt. Endlich ist alles relativ. Auf diesen Leitsätzen ist das harmonische System der Heilkunde, das biologische System, aufgebaut. (Ausführlicher Bericht folgt.)

In der Abteilung **Innere Medizin** wurde als Hauptthema die **Ernährung des Kranken im Spital** behandelt. Den einleitenden theoretischen Vortrag hielt Thomas (Leipzig). Der Energieumsatz des Menschen setzt sich zusammen aus dem Grundumsatz und einem Leistungszuwachs, der bedingt ist durch die Arbeit bei der Nutzbarmachung der Nährstoffe und der Muskelarbeit. Auf diese Beanspruchungen müssen wir unseren Nährstoffbedarf einstellen unter besonderer Berücksichtigung noch des Klimas, in dem wir leben. Eine Sorge, daß wir nicht genügend Eiweiß und sonstige Nährstoffe in der Nahrung erhalten, besteht bei freigewählter gemischter Kost nicht, auch nicht für die Auffütterung nach zehrenden Krankheiten. Grober (Jena) besprach dann die üblichen Grundformen der Krankenernährung. Mit dem Fortschritt unserer Kenntnisse auf dem Gebiet des Stoffwechsels bei einzelnen Krankheiten sind die Kostformen immer zahlreicher geworden, besonders durch die Notwendigkeit, bei verschiedenen Krankheiten den Kranken für besondere Nahrungsbestandteile zu bilanzieren. Schließlich hat sich die Notwendigkeit ergeben, zu diagnostischen Zwecken bestimmte Probestoffe zu verabreichen. Alle diese Dinge sind technisch sehr schwierig und im allgemeinen nicht in erforderlichem Maße erreicht. Die einfache Einrichtung einer Diätküche genügt noch nicht. Es muß besonders betont werden, daß die Ernährung der Kranken nicht nur vom bürokratischen Standpunkt aus betrieben werden kann; es ist vielmehr eine verständnisvolle Zusammenarbeit und gegenseitige Führung aller beteiligten Stellen unter ärztlicher Führung unabwieslich. v. Soos (Pest) schilderte das neue System der **Krankenhausernährung in den Pester Kliniken**. Hier wurden die Krankenernährungsfragen aus den Händen der Verwaltungsdirektion genommen und als selbständiger Betrieb unter die Leitung eines Arztes gestellt. In jeder Abteilung, die bezüglich ihrer Verpflegung als selbständige Einheit aufgefaßt wird, wurde eine Verteilerküche eingerichtet, wo die dem Verpflegungsbureau unterstehende Diätgeschwester arbeitet. Die festen Menüformen sind gänzlich abgeschafft. Die Zentralküche gibt nur die Reihenfolge der Tages-

gerichte, küchentechnisch geordnet, ohne Rücksicht auf diätetische Gesichtspunkte. Diese Speisen werden im großen hergestellt und unrationiert ausgegeben. Bestimmung und Zubereitung der Extraherstellung erfolgt in den Verteilerküchen. Durch Festsetzung eines Preises, einer Indexzahl für die einzelne Speiseportion werden die wirtschaftlichen Interessen gewahrt. Groth (Hamburg) besprach dann die wirtschaftlichen Unterlagen, das Verhältnis der gesamten Krankenernährungskosten zu den Gesamtausgaben und ihre Gliederung. Stepp (Breslau) betonte die Wichtigkeit von Früchten und Rohgemüse in der Krankenhausernährung. Man hat erst durch die Ergebnisse der modernen Ernährungslehre den Wert des Obstes und der Rohgemüse, wie Salate, Rettiche, Tomaten usw. zubereiteten Gemüse gelernt. Die durch Kochen, Dämpfen usw. zubereiteten Gemüse sind dem Rohgemüse gegenüber wesentlich ärmer an Vitaminen und Mineralstoffen. Wir müssen versuchen, soweit es die Art der Krankheit erlaubt, dem Organismus in einem gewissen Ausmaße Rohkost zuzuführen. Ist dies nicht tunlich, wie bei fieberhaften Erkrankungen, geschwürigen Prozessen im Magendarmkanal, kann man sich so helfen, daß man rohe Preßsäfte, z. B. von Karotten, den tischfertigen Speisen zufügt. Bei Uleus ventriculi und duodeni werden besonders Trauben- und Tomatensäfte sehr gut vertragen. Das ist deshalb so wichtig, weil durch die starke Betonung der Mehlsuppen und Breie unter Umständen ein bedenklicher Mangel von C-Vitaminen eintreten kann, der sicherlich die Bedingungen für die Ausheilung nicht verbessert. Reymann (Frankfurt a. M.) glaubt aus Erfahrungen, nach denen durch reine Rohkost vielfach Leberschädigungen eintreten, ebenso wie bei Fleischkost, einen neuen Dämpfprozeß empfehlen zu müssen, der die Nachteile der Rohkost aufhebt. L. Brauer (Hamburg-Eppendorf) sprach dann über den Diätküchenbetrieb im Rahmen der Gesamtverpflegung eines großen Krankenhauses. Es gilt einmal, eine große Menge Menschen menümäßig zu ernähren: Es sind dementsprechend allgemeine Grundformen notwendig. Die Regelung der Ernährung im Krankenhaus kann natürlich nicht ohne die beratende Tätigkeit des Arztes geschehen, die eigentliche Durchführung muß aber Sache der Verwaltung bleiben. Am liebsten hätte er einen Restaurateur eingeladen, um sich an den Besprechungen zu beteiligen. In Restaurationsbetrieben ist, obgleich die Küchen verhältnismäßig einfach sind, die Möglichkeit gegeben, in einem ganz beschränkten Zeitraum 1000 Menschen individuell zu bedienen. Das beste wäre, dem Verwaltungsdirektor und dem Arzt in der Ernährungsfrage einen Sachverständigen zur Seite zu stellen. In Eppendorf besteht eine Diätküche, die täglich 100–120 Kranke ernährt. Der behandelnde Arzt verlangt eine bestimmte Diät, die durch eine Zwischenstelle, die „theoretische Köchin“ zunächst einmal genau festgesetzt und dann von der Küche ausgeführt wird. Wenn die verschiedenen Diätformen — es gibt im Eppendorfer Krankenhaus 40–50 verschiedene Grundformen — gut und schmackhaft ausgeführt werden sollen, so müssen perfekte Köchinnen vorhanden sein; das erscheint zwar teuer, ist es aber nicht, infolge der rationellen Ausnutzung und Handhabung. M. Winckel (Berlin) sprach dann über die Biochemie der Küche und zeigte, daß die Nahrungszubereitung nicht nur die Menge der Kalorien, die Vitamine und Mineralsalze als solche berücksichtigen muß, sondern auch die Spezifität zwischen Nahrung und Organismus des Menschen. Küchenwissenschaft und Diätetik sollte als angewandte Naturwissenschaft betrachtet werden. Felix und Frühwein (München) teilten ihre Ergebnisse zur Kenntnis des gegen perniziöse Anämie wirksamen Leberbestandteiles mit. Bei Zerlegung der Extraktstoffe der Leber fanden sie den wirksamen Stoff in der Histidinfraktion. Durch Wiederholung der Fällung wurde schließlich ein Präparat erhalten, von dem etwa 50 mg die Wirksamkeit von 200 g Leber besitzen. P. Zadi (Hamburg) erhielt bei Ratten, die haselnußgroße Impftumoren trugen, durch intrakardiale Injektion von Isaminblau und von Wismut — Yatren-A Stillstand und langsame völlige Resorption. A. Neumann (Wien) sprach über Beziehungen der Hämatopoese zur Leukopoese. Das blutneruernde Prinzip der Leber ist möglicherweise nicht einheitlich; so wurde in einem Falle durch einen Extrakt nur ein Ansteigen der Blutkörperchen erzielt, bei Darreichung von Volleber dagegen eine starke Zunahme des Blutfarbstoffs.

Eine Reihe von Vorträgen beschäftigten sich mit der **Herztherapie**. Engelen (Düsseldorf) berichtete über ein neues Messungsverfahren zur Feststellung des diastolischen Blutdruckes. Bestimmt wird der Minimaldruck als Differenz zwischen Maximaldruck und Optimaldruck, der höchsten Druckstufe, gegen die eine maximale Verschiebung des Messungsindex bei Uebertragung des Pulsvolumens abgelesen wird.

E. Wittkower und Petow (Berlin) betonten das **psychische Moment beim Asthma**. Unter den Asthmatikern findet man auffallend viel affektive Charaktere von besonderer Struktur; daneben besteht bei vielen eine durch die verschiedensten somatischen und psychischen Faktoren ausgelöste Erregbarkeit des vegetativen Nervensystems. Ueber das Verhalten des Kreislaufs und der Herzgröße nach **Dauerausaltung der Blutdruckzügler** sprachen E. Koch sowie H. Mies (Köln-Lindenburg). Nach der Dauerausaltung der Blutdruckzügler bleibt der arterielle Blutdruck dauernd (an Kaninchen bis 1½ Jahr lang beobachtet) gegen die Norm erhöht. Die Veränderungen der Herzgröße wurden röntgenologisch verfolgt. M. Nordmann (Köln-Lindenburg) beobachtete bei der Sektion der Kaninchen eine deutliche Herzmuskelhyperplasie,